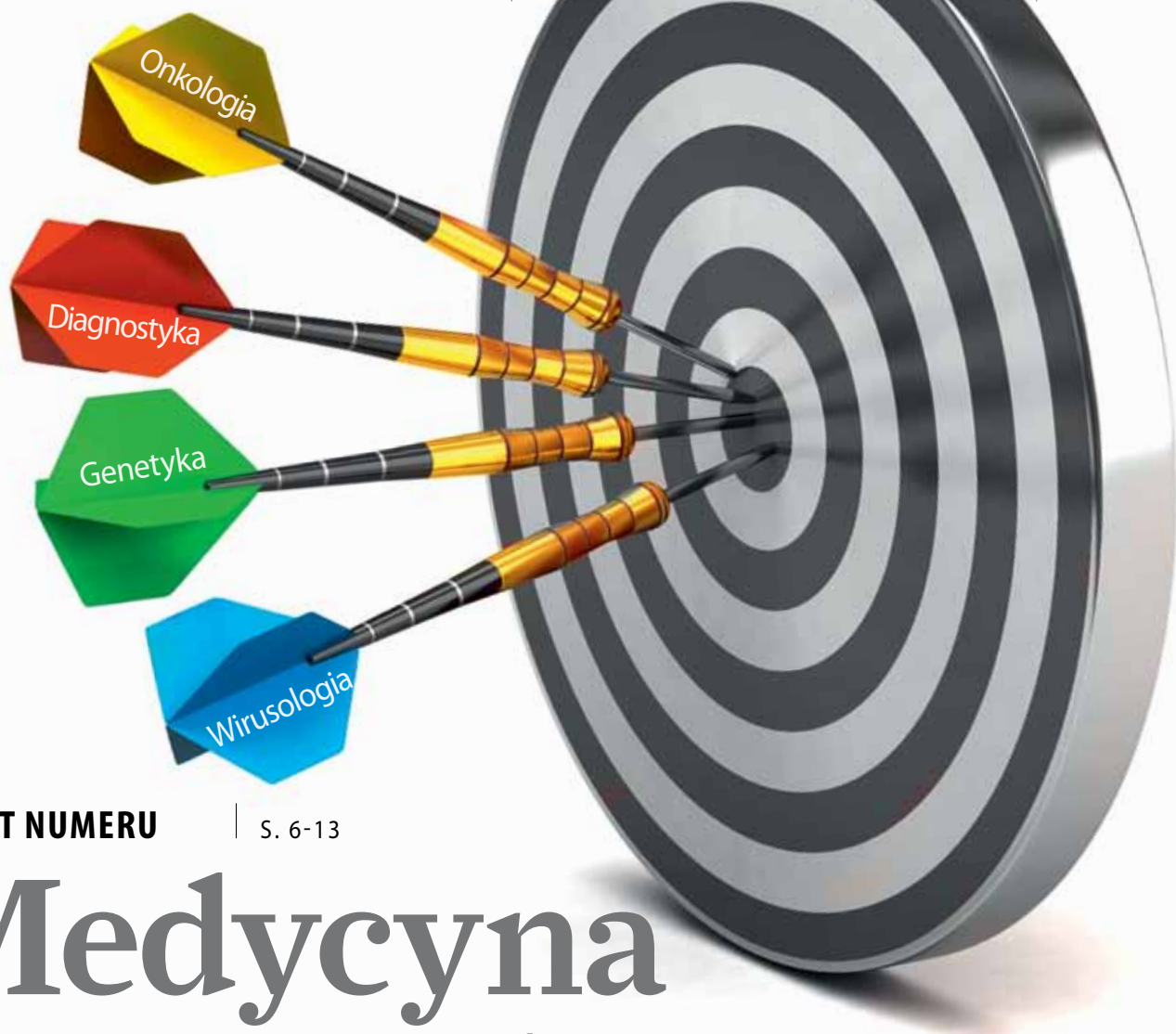




07 · 2011

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



TEMAT NUMERU

S. 6-13

Medycyna personalizowana

U STOMATOLOGÓW

Intratny
biznes?

S. 20-21

PROFILAKTYKA

Zachęcać,
a nie straszyć!

S. 28-30

FINANSE I MEDYCYN

Testowanie
e-Recepty

S. 44-45



Nauka zawodu

Pytałem kilkoro lekarzy stażystów, którzy odbywają staż podyplomowy w szpitalu, w którym pracuję, jak wyobrażają sobie przeniesienie na okres studiów praktycznej nauki zawo-

du. Ich opinie były dość jednoznaczne: nie wyobrażają sobie, aby umiejętności, które zdobywają pracując jako lekarze stażyści, mogli posiłkować w ramach studenckich zajęć w uczelni, której są absolwentami. Tylko nieliczni sobie to wyobrażają, choć z trudem. Jedni i drudzy jako podstawowy problem przedstawiali zaplecze szpitalne Alma Mater. Obecnie co roku 2 tys. absolwentów wydziałów lekarskich w całym kraju odbywa staże podyplomowe w szpitalach klinicznych, wo-

jewódzkich i powiatowych. Co istotne, chętniej jako pożądane miejsce pracy na stażu wskazują szpitale inne niż kliniczne. O to samo zapytałem kolegę, który od lat jest adiunktem dydaktycznym w jednej z klinik zabiegowych. Odpowiedź

nie konkretnych umiejętności przez studentów ostatnich lat jest możliwe, choć trudne. Wymagać bowiem będzie od administratorów i nauczycieli akademickich znaczącego wysiłku. Słowa powyższe nie są narzekaniem osoby rozczarowa-

nie. Jestem bardzo ciekaw, czy osoby odpowiedzialne za kształcenie już przygotowują plany zmian. Kilka lat temu zmianę co do sposobu odbywania stażu podyplomowego przeprowadzono na wydziałach farmaceutycznych. Kiedys, podobnie jak po wydziale lekarskim, po ukończeniu studiów pracowało się, odbywając staż. Obecnie, po uzyskaniu tytułu magistra, stażem jest ostatnie sześć miesięcy studiów. Odbywająca go osoba zachowuje status studenta. Czy po tych kilku latach w środowisku aptekarskim słychać głosy alarmujące o obniżeniu poziomu przygotowania zawodowego aptekarzy?

Ryszard Golański

naczelnym@gazetalekarska.pl

Absolwenci wskazują jako pożądane miejsce pracy na stażu szpitale inne niż kliniczne.

była bardziej dyplomatyczna, domyślam się, że wynika to z poczucia nieuchronności zmiany. Usłyszałem oto, że przejęcie przez uczelnię zadań związanych z nabywa-

wanej likwidacją stażu podyplomowego. Są echem głosów tych, którzy, pogodzeni z wolą ministerstwa i parlamentu, mówią z troską o jakości kształcenia w nowym syste-



MIGAWKA



FOT.: DARIA DZIECHCIŃSKA

Zdjęcie „Zapatrzona” dr Darii Dziechcińskiej z Gliwic zdobyło nagrodę specjalną II Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”, rozstrzygniętego podczas uroczystego finału 3 czerwca w Katowicach. Organizatorem konkursu była Śląska Izba Lekarska.

(WIĘCEJ NA S. 59)



OKIEM PREZESA

Wchodząca w życie w lipcu br. ustawa o działalności leczniczej wprowadziła nowy rodzaj praktyki

– wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dla tych, którzy będą chcieli na tej podstawie wykonywać zawód w oparciu o umowy cywilnoprawne (notabene ustawa ani nie zakazuje innym formom praktyk zawierania kontraktów, ani nie daje nowej formie wyłączności). W tej sprawie otrzymałem pismo od wiceministra zdrowia Marka Habera, w którym sygnalizuje nam wagę wejścia w życie tego przepisu. Czekam oczywiście na stosowne regulacje, jednocześnie zapewniając, że działające rejestry praktyk w izbach okręgowych były dotychczas spójne, ujednolicone i uporządkowane. Jestem pewien, że dalej takie będą.

Ustawa o działalności leczniczej zmienia także sytuację publicznych ZOZ-ów. Te, które mają kłopoty finansowe, będą zmuszone dokonać przekształceń. Zmieni to zapewne sytuację pracujących

w nich lekarzy, czego samorząd lekarski nie może nie zauważyć. Nowy zapis postanowił wykorzystać OZZL i rozpoczął przygotowania do polskiej wersji czeskiej akcji „Dziękujemy, odchodzimy”. Również i my powołaliśmy zespół dla bieżącego monitorowania zmieniającej się sytuacji, by móc wesprzeć w każdym momencie członka naszego samorządu, który znajdzie się bez środków do życia.

Ostatnio przypadł mi zaszczyt wzięcia udziału w 114. Zjeździe Lekarzy Niemieckiej Izby Lekarskiej. Zjazdy odbywają się corocznie na terenie różnych landów, w tym roku zorganizowano go w Kilonii. Przybył na niego niemiecki minister zdrowia. Jego wystąpienie przerywane było burzliwymi oklaskami, co na naszych zjazdach nigdy polskie go ministra nie spotkało. Pytając dziwiwny w kuluarach, jak to się zdarzyło usłyszałem: gdyby minister zdrowia nie przyjechał na zjazd izby lekarskiej, w ciągu tygodnia musiałby opuścić swoje stanowisko. Lekarze

przyznali, że poprzednich ministrów bardzo często spotykały gwizdy i obrzucanie kulkami z pogniecionego papieru, ale ten mówił im dokładnie to, co chcieli usłyszeć, więc klaskali. Jednocześnie po cichu wyrażali obawy, że po zjeździe zrobi i tak co innego niż mówi. Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, który przez ostatnich 12 lat prezesował Niemieckiej Izby Lekarskiej, z powodu wieku opuścił swoje stanowisko. Jego wystąpienie było wyśmienite, niemieccy lekarze przez długi czas dziękowali mu owacjami na stojąco. Na nową kadencję wybrano nowego prezesa, dr. Franka Ulricha Montgomery, wspaniałego organizatora, działacza izbowego i przyjaciela polskich lekarzy.

Nie przebrzmiały jeszcze echa kwietniowego koncertu Lekarzy w Teatrze Muzycznym „Roma”, a już w maju mieliśmy nowe przeżycia artystyczne, tym razem związane z występem chórów lekarskich w ramach 12. edycji festiwalu „Ave Maria” w Czeladzi. Dyrektorem artystycznym tego festiwalu od samego początku jest Sławomir Pietras – prowadzący wiele scen estradowych w Polsce, motor napędowy życia muzycznego, jeden z największych kreatorów wydarzeń operowych i baletowych.

Po koncercie lekarzy w „Romie”, w felietonie opublikowanym w „Angorze”, dyrektor Pietras wystąpił w roli surowego krytyka i prześmiewcy. Zna mi się jego olbrzymie wymagania wobec artystów i wykonawców. Niełatwo te wymagania spełnić i niejednego artystę oklaskiwany w wielu miejscach nie ma szans zaśpiewać lub zagrać po jego miażdżącej krytyce. Z tym większą satysfakcją przyjąłem jego pozytywną ocenę chórów lekarskich i zaproszenie naszych lekarzy do udziału w festiwalu, na którym występowały największe sławy muzyczne – polskie i światowe. Pozwólcie, że wymienię tylko kilka z nich: Marię Sartową, Franco Bonissolę, Wiesława Ochmana, Sylwestra Kosteckiego i ś.p. Bogdana Paprockiego, który przez ostatnie 11 lat swojego życia zawsze śpiewał na festiwalu. Wśród chórów, które występowały dotychczas, życzyłbym opinię dyrektora Pietrasa zyskały tylko niektóre polskie: Teatru Wielkiego w Poznaniu, Opery Śląskiej, Opery Dolnośląskiej, Akademii Muzycznej w Katowicach, zespołów „Mazowsze”, „Tota Anima” oraz „Pueri Cantores Plocenses”. Teraz pokazaliśmy, że artyści raczej leczyć nie mogą, a lekarze mogą śpiewać, nawet lepiej niż inni profesjonaliści.

Maciej Hamankiewicz

- 3..... Wstępniak
Migawka
- 4..... Okiem Prezesa
Maciej Hamankiewicz
- 6-13..... Temat miesiąca
Terapia szyta na miarę
- 14-15..... Rozmowa polityczna o zdrowiu
Jerzy Zabłocki
- 16..... Z notatnika rzecznika NIL
Katarzyna Strzałkowska
- 17..... Nasi w Europie
Konstanty Radziwiłł
- 18-19..... Rozmowa o samorządzie
Jesteśmy jedną lekarską rodziną
- 20-21..... U stomatologów
Intrratny biznes czy ryzykowna inwestycja?
- 22-23..... Kształcenie
Jak sobie radzić z agresją pacjentów
- 24..... Moim zdaniem
Spełniać marzenia
- 25..... Listy do redakcji
- 26-27..... Indeks korzyści
Misja, czyli konieczność
- 28-30..... Profilaktyka
Zachęcać i motywować, a nie straszyć
- 32-33..... Lekarze rodzinni
Z wiatrem i pod wiatr
- 34-35..... Raport
Polska starość nie musi być smutna
- 36-37..... **BIULETYN NRL**
- 38-39..... Dodatek Edukacja
- 41..... Kalendarz imprez
- 42-43..... Zarządzanie i medycyna
Przekształcić albo zlikwidować
- 44-45..... Finanse i medycyna
Testowanie e-Recepty
- 46-47..... Przychodzi lekarz do prawnika
Prawo do odmowy pobrania krwi
- 48-49..... Felieton
Podróże małe i duże
- 50-57..... Ogłoszenia, reklama
- 58-60..... Kultura i medycyna
Spotkanie ze sztuką piękną i barw
Okiem Eskulapa
Wielka muzyka lekarskich chórów
- 61-63..... Sport i medycyna
Rodzinny piknik integracyjny
Na mazurskich trasach
Siatkarskie pojedynki na wietrze
- 64..... Komunikaty
- 65..... Epikryza
Prosto w oczy
- 66..... Jolka lekarska

Terapia



szyta na miarę

Dopasowując sposób leczenia do konkretnego pacjenta, a nie do danej choroby, uzyskuje się znacznie lepsze wyniki. Na tej zasadzie opiera się medycyna personalizowana.

==== **Mariola Markłowska-Dzierżak** =====

Personalizacja jest przyszłością medycyny. Wiązane są z nią ogromne nadzieje, ponieważ przynosi wymierne efekty. Podejmując decyzje terapeutyczne w oparciu o indywidualne cechy biologiczne chorego, zwiększa się skuteczność zastosowanej u niego terapii, minimalizując zarazem ryzyko toksyczności i działań niepożądanych.

Konceptja medycyny personalizowanej (z ang. personalised healthcare lub personalised medicine) opiera się na zrozumieniu różnic między pacjentami chorującymi na tę samą chorobę i poznawaniu złożonych mechanizmów różnych schorzeń. Mając taką wiedzę, można dobierać odpowiednie terapie dla konkretnych grup pacjentów.

Do tego potrzebne są jednak precyzyjne dane z testów genetycznych i badań molekularnych. Bez nowoczesnej diagnostyki molekularnej nie można ustalić różnic między osobami chorującymi

na tę samą chorobę, a tym samym zindywidualizować ich leczenie.

Pacjent jest najważniejszy

Przez całe lata wyrocznią dla lekarzy było evidence-based medicine (EBM), czyli standardy postępowania terapeutycznego oparte na wiarygodnych i aktualnych danych uzyskanych w badaniach klinicznych. Dla medycyny personalizowanej nie one są najważniejsze.

– Kluczem do medycyny personalizowanej jest traktowanie każdej choroby i każdego chorego jako indywidualnego przypadku.

Szybki rozwój biologii molekularnej i nowe możliwości technologiczne umożliwiają zrozumienie podłoża biologicznego chorób.

My nie leczymy zbiorowości ludzkiej, lecz konkretnego człowieka. W związku z tym nie zawsze dane pochodzące z uśrednienia wyników dużych badań klinicznych mają zastosowanie do konkretnej osoby, która przed nami siedzi – mówi prof. Jacek Jassem, kierownik Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu



Każdy nowotwór jest indywidualny i nie można go uśredniać.

Medycznego, przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Nie znaczy to jednak, że medycyna personalizowana stoi w sprzeczności z medycyną opartą na faktach. Ona ją uzupełnia, stanowi jej rozwinięcie

i kontynuację. – Medycyna personalizowana nie jest już tylko sztuką, która zawsze była nieodłączną częścią medycyny, ani nauką rozumianą jako evidence-based medicine. Opiera się na mocnych molekularnych podstawach, dodatkowych dowodach, ja-

Stratyfikacja terapii

Medycyna personalizowana to ogromne wyzwanie dla laboratoriów, będących kluczowym elementem procesu leczniczego.

Agnieszka Brzezińska

Od ponad 10 lat medycyna personalizowana stopniowo staje się rzeczywistością. Szybki rozwój biologii molekularnej w ostatnich dwóch dekadach oraz nowe możliwości technologiczne umożliwiają zrozumienie podłoża biologicznego chorób. Istotą tych nowości jest rozwój metod diagnostycznych, umożliwiających ocenę indywidualnych cech chorego na poziomie molekularnym – nie tylko w warunkach eksperymentalnych, ale także w warunkach codziennej praktyki klinicznej – oraz tworzenie terapii ukierunkowanych na konkretne mechanizmy molekularne, w większym stopniu dostosowanych do potrzeb pacjentów.

Odpowiedni lek dla odpowiedniej osoby

W odróżnieniu od medycyny „prób i błędów”, medycynę personalizowaną można zdefiniować jako leczenie odpowiednim lekiem odpowiedniej osoby. W takim ujęciu odchodzi w przeszłość pojęcie standardów terapeutycznych obejmujących całą populację chorych. Badania genomu człowieka oraz osiągnięcia epigenetyki, proteomiki i metaboliki pomogły zidentyfikować szereg molekularnych biomarke-

rów wskazujących na zmianę w ekspresji lub postaci białka, co koreluje z ryzykiem zachorowania lub progresji choroby albo podatnością schorzenia na leczenie danym lekiem. Doprowadziło to do rozwoju szeregu badań przesiewowych oraz progностycznych, jak również ułatwiło przewidywanie i monitorowanie reakcji na leki. Eksperti określają takie postępowanie mianem „stratyfikacji terapii”. Wbrew dotychczasowej zasadzie „one size fits all” (jeden rozmiar dla wszystkich), chodzi o to, aby decyzje terapeutyczne rozpoczynać od identyfikacji pacjentów, w przypadku których istnieje największe prawdopodobieństwo odniesienia korzyści z leczenia lub tych, którzy najpewniej na lek nie zareagują. Dzięki takiemu podejściu zwiększa się ogólna skuteczność i bezpieczeństwo terapii (na przykład poprzez unikanie działań niepożądanych).

Oznaczanie biomarkerów

W ostatnich 10 latach pojawiły się leki, których zapisy rejestracyjne wskazują na konieczność oznacze-

nia biomarkera charakterystycznego dla subpopulacji pacjentów z danym schorzeniem. Co więcej, wiele kolejnych leków czeka w kolejce na podobne rejestracje.

Oto kilka przykładów biomarkerów, które powinny mieć wpływ na podejmowanie decyzji terapeutycznych:

- **Białko HER2** – testy diagnostyczne oceniające jego ekspresję lub liczbę kopii genu kodującego to

białko są już od dłuższego czasu stosowane przez lekarzy, pomagając w podjęciu decyzji terapeutycznej w przypadku pacjentek chorych na raka piersi.

- **Stan genu KRAS** – białko KRAS stanowi istotny element szlaku sygnałowego inicjowanego przez receptor EGFR. Szlak ten odgrywa ważną rolę w onkogenezie wielu nowotworów, m.in. płuca, jelita grubego,

trzustki. Dane z badań pokazują, że pacjenci z prawidłowym genem kodującym białko KRAS dużo lepiej odpowiadają na leczenie anty-EGFR niż pacjenci z genem zmutowanym.

- **Mutacje EGFR** – mutacje w obrębie genu kodującego receptor dla naskórkowego czynnika wzrostu korelują z odpowiedzią na leczenie pacjentów z niedrobnokomórkowym rakiem płuca za pomocą inhibitorów kinazy tyrozynowej. Najnowsze doniesienia każą przypuszczać, że skryning genetyczny takich pacjentów w kierunku mutacji EGFR może pomóc lekarzom w identyfikacji tych chorych, którzy najbardziej skorzystają z lecze-



Autorka jest doktorem nauk medycznych, dyrektorem ds. komunikacji i rozwoju Roche Polska

kie daje nam postęp wiedzy – tłumaczy prof. Jacek Jassem.

Onkologia domiunuje

Personalizacja leczenia znalazła do tej pory najszersze zastosowanie w onkologii. >>

nia tymi lekami w pierwszej linii.

- **Gen BRAF** – mutacje w jego obrębie występują u około 50 proc. chorych na czerniaka skóry. Inhibitor białka będącego produktem tego zmutowanego genu może wkrótce stać się przełomem w leczeniu tego źle rokującego nowotworu.

- **Pomiar wirerii oraz genotyp wirusa** – determinują rodzaj te-

***Nowoczesna
diagnostyka
umożliwia ocenę
indywidualnych cech
chorego na poziomie
molekularnym.***

rapii w przypadku chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Zarówno wymagania, jak i oczekiwania względem medycyny personalizowanej są bardzo duże. Wprowadzanie w życie jej koncepcji, zwłaszcza w obliczu tak szybkiego postępu w tej dziedzinie, to również wielkie wyzwanie dla laboratoriów, które są kluczową częścią składową prawidłowego działania całego procesu leczniczego. Dotyczą one zagadnień związanych ze zwiększającą się liczbą oznaczeń diagnostycznych oraz ich jakością, gdyż od prawidłowej diagnostyki coraz częściej będzie zależało bezpieczeństwo pacjenta oraz skuteczność zastosowanego leczenia. ☉

Jest też wykorzystywana do oceny metabolizmu leków (na jej podstawie dobiera się optymalną dawkę dla chorego), przewidywania ich skuteczności oraz lekooporności. – Coraz częściej zdajemy sobie sprawę, że skuteczne leczenie wynika

z tego, z jakim nowotworem mamy do czynienia u konkretnej osoby, a nie z tego, co nam powie patomorfolog. Od niego dowiemy się jedynie, jaki to nowotwór – rak piersi, płuca lub innego narządu, i jaki jest jego typ histologiczny.

KOMENTARZ

Czy jest nam potrzebna medycyna personalizowana?

Współczesna praktyka medyczna posługuje się zasadami medycyny opartej na faktach (EBM, evidence-based medicine), która za podstawę do podejmowania decyzji uważa wyniki dużych, kontrolowanych badań klinicznych. Bez wątpienia, przyjęcie zasad EBM, gdzie wnioski z badań przekładają się na zestawy konkretnych zaleceń, ułatwia postępowanie lekarzowi-praktykowi. Jednak z tych samych badań wiemy, że większość leków jest skutecznych jedynie u 40-60 proc. pacjentów, a około 15 proc. chorych doświadcza działań niepożądanych leków. Czyli „średni” pacjent odnosi korzyści, ale w dużej grupie chorych znajdują się osoby, które nie zyskują na niejednokrotnie kosztownej terapii lub wręcz są narażone na powikłania. Szacuje się, że w USA ponad 100 tys. zgonów można wiązać z działaniami niepożądanymi stosowanych leków. Zasada medycyny personalizowanej, czyli „właściwy lek dla właściwego chorego we właściwym czasie”, praktykowana jest nieomal od zarania dziejów. Już Hipo-

krates (V wiek p.n.e.) opierając się na teorii Empe doklesa, zalecał terapię „w zależności od zaburzeń czterech podstawowych humorów organizmu”. Współcześnie medycyna personalizowana odwołuje się do najnowszych osiągnięć biologii molekularnej i źródeł zmienności organizmów wynikających z różnic w obrębie genu. Wydaje się, że w najbliższych latach możemy oczekiwać dalszych zastosowań medycyny personalizowanej, wykraczających poza onkologię. Przykładowo, metabolizm leków w znacznym stopniu zależy od wariantów genów kodujących enzymy rodziny CYP450. Już obecnie w niektórych ośrodkach na świecie oznacza się ich genotyp przy prowadzeniu terapii kłopotogrelem – podstawowym lekiem przeciwplatecznym dla chorych z przebyłym ostrym zawałem wieńcowym. Proponuje się wprowadzenie nowego terminu – terapii (teradiagnostyka) od połączenia słów „terapia” i „diagnostyka” celem podkreślenia znaczenia diagnostyki na poziomie molekularnym dla podejmowania właściwych de-

cyzji terapeutycznych. Na znaczenie takiego sposobu uprawiania medycyny zwrócili uwagę także politycy. W marcu 2007 roku, senator ze stanu Illinois – Barack Obama, złożył w Kongresie USA projekt ustawy „o medycynie personalizowanej”, której celem jest rozszerzenie i przyspieszenie badań nad genomem człowieka, czego skutkiem będzie udoskonalenie metod rozpoznawania chorób, zwiększenie bezpieczeństwa leków i odkrycie nowych metod terapii.



PROF. DR HAB.
ZBIGNIEW GACIONG
KIEROWNIK KATEDRY
I KLINIKI CHOROBY
WEWNĘTRZNYCH,
NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO
I ANGIOLOGII
WARSZAWSKIEGO
UNIwersYTETU
MEDYCZNEGO
DZIEKAN CENTRUM
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO



***Kluczem do medycyny
personalizowanej jest
traktowanie każdej
choroby
i każdego chorego
jako indywidualnego
przypadku.***

Jednak znając budowę molekularną człowieka na podstawie atlasu genów, wiemy, że każdy nowotwór jest indywidualny i nie można go uśredniać. Tak jak indywidualnie trzeba leczyć np. choroby infekcyjne na podstawie antybiogramu, tak samo indywidualnie trzeba leczyć nowotwory – mówi prof. Jacek Jassem.

W terapii onkologicznej, podkreśla szef Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, trzeba wziąć pod uwagę również tzw. polimorfizmy, czyli molekularne cechy danego pacjenta. – Nowotwór może być identyczny molekularnie, ale jeśli pacjent ma inne cechy molekularne, może inaczej reagować na leczenie – dodaje prof. Jassem.

Dzięki gwałtownemu rozwojowi badań molekularnych i immunologicznych, naukowcom udało się poznać biologię niektórych nowotworów. Badając ją, dowiedzieli się np., że w 55 proc. komórek nowotworowych uszkodzony jest gen TP53, jeden z najważniejszych w ludzkim organizmie, a także, że na powierzchni komórek niektórych nowotworów znajdują się cząsteczki, od których zależy wzrost guza.

W raku piersi taką cząsteczką jest białko HER2. Potwierdzenie jego obecności jeszcze niedawno



było postrzegane wyłącznie jako niekorzystny czynnik rokowniczy. Po zdefiniowaniu roli, jaką to białko odgrywa, udało się opracować trastuzumab – przeciwciała monoklonalne, które – łącząc się z HER2 – wyłącza je, hamuje jego wpływ na komórki nowotworowe, a następnie je niszczy.

Przykładów tzw. leków celowanych, ukierunkowanych na cele molekularne, które niczym pocisk uderzają w nieprawidłowo funkcjonujące komórki nowotworowe, oszczędzając przy tym zdrowe tkanki, jest dużo więcej. Wśród nich jest imatynib, niskocząsteczkowy inhibitor kinaz tyrozynowych stosowany w leczeniu białaczki szpikowej oraz nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego. Hamując przekazywanie sygnału do podziału komórek nowotworowych, hamuje ich rozrost.

Leki celowane, niczym pocisk, uderzają w nieprawidłowo funkcjonujące komórki nowotworowe, oszczędzając przy tym zdrowe tkanki.

Po trastuzumabie i imatynibie przyszła kolej na leki celowane II generacji: nilotynib, dazatynib, sunitynib, sorafenib, gefitynib, erlotynib, lapatynib czy temsytolimus. Onkolodzy mają więc możliwość leczenia różnymi preparatami. Jeśli jeden przestaje działać, mogą zastosować inny.

KOMENTARZ

Wyzwaniem jest optymalizacja terapii w trakcie leczenia

Personalizacja leczenia onkologicznego, stanowiąca przyszłość onkologii, to dostosowanie terapii do określonego chorego i określonego nowotworu. Dokładne zdefiniowanie kluczowych mechanizmów molekularnych warunkujących rozwój i progresję nowotworu może być wykorzystane w doborze skutecznych terapii celowanych, atakujących tylko te krytyczne cele molekularne. W tej chwili mamy już do dyspozycji kilka takich leków ukierunkowanych, które umożliwiają całkowitą eliminację lub długotrwałe zahamowanie procesu nowotworowego. W personalizacji leczenia konieczne jest również dobieranie leczenia

do konkretnego chorego z uwagi na ryzyko występowania działań ubocznych. Niestety, o ile mamy coraz więcej możliwości dobierania terapii do konkretnego nowotworu, o tyle wiedza dotycząca optymalizacji terapii pod kątem bezpieczeństwa dla określonego chorego jest jeszcze w powijkach. Innym wyzwaniem stojącym przed personalizowaną onkologią jest dobieranie (optymalizacja) terapii w trakcie leczenia. W przypadku każdego leku celowanego istnieje szereg zdefiniowanych mechanizmów oporności, wykorzystywanych przez komórkę nowotworową w obrobie przed terapią. Dopiero opracowanie technologii charakteryzowania

w każdym konkretnym przypadku nowotworu mechanizmów oporności na stosowane leczenie umożliwiłoby pełną kontrolę nad procesem nowotworowym i prawdziwą personalizację leczenia.



DR HAB. N. MED.

PIOTR WYSOCKI

ZAKŁAD IMMUNOLOGII

NOWOTWORÓW

UNIwersytet Medyczny im.

KAROLA MARCINKOWSKIEGO

w POZNANIU



W efekcie wielu pacjentom są w stanie wydłużyć życie i poprawić jego jakość.

Jednak od personalizacji leczenia onkologicznego lekarze oczekują czegoś więcej. Upatrują w niej szansy na zmianę charakteru nowotworu – z choroby, która jest wciąż obarczona wysoką śmiertelnością w chorobę przewlekłą, taką jak nadciśnienie czy cukrzyca. Są przekonani, że w przyszłości stanie się to możliwe. ◎

KOMENTARZ

Pacjent zyskuje na podmiotowości

Znajdujemy się u progu nowej ery, która rewolucjonizuje przyszłość medycyny. Jest ona konsekwencją znacznego postępu nauk podstawowych, aplikowanych do codziennej praktyki lekarskiej. Zmieniają się metody diagnozowania i leczenia. Osiągnięcia genomiki umożliwiają podejmowanie decyzji terapeutycznych na podstawie indywidualnego profilu genetycznego pacjenta. Postęp w poznaniu mechanizmów życia zainicjował rozwój szeregu nieznanych wcześniej dyscyplin. Pacjent zyskuje na podmiotowości, gdyż przestaje być

przedstawicielem określonej grupy chorych. Okazało się, że prawie każdy z nas jest inny. Zmienność osobnicza spowodowana jest często polimorfizmem pojedynczych nukleotydów (SNP – single nucleotide polymorphism). Przykładowo, w przypadku WZW C podstawą decyzji terapeutycznych stają się wyniki badań alleli genu interleukiny 28B (chromosom 19), zwłaszcza rs 12979860 oraz rs 8099917. Ważnym elementem postępu w zakaźnictwie jest również lepsze poznanie patomechanizmu chorób i zakażeń oraz możliwość precyzyjnego ich monitorowania.

Reasumując, personalizacja jest wyzwaniem medycyny w XXI wieku.



PROF. DR HAB.
WALDEMAR HALOTA
KLINIKA I KATEDRA CHOROBY
ZAKAŻNYCH – BYDGOSZCZ
COLLEGIUM MEDICUM
IM. LUDWIKI RYDYGIERA
W BYDGOSZCZY

» Nie jestem wójtem w krawacie «

Z Jerzym Zabłockim,
wójtem gminy Domanice
w powiecie siedleckim,
rozmawia Lucyna Krysiak

W gminach nie ma szpitali klinicznych i przychodni specjalistycznych, jednak ludzie tak samo chorują i wymagają leczenia jak w dużych aglomeracjach. Jak samorząd gminy Domanice organizuje opiekę zdrowotną dla swoich mieszkańców?

Nasza gmina liczy blisko trzy tysiące mieszkańców. Ponieważ jestem bardzo mobilny, wciąż przemieszczam się po okolicy motorem lub rowerem i prawie każdego z nich znam osobiście. Mało siedzę za biurkiem w urzędzie, w garniturze i krawacie, staram się wychodzić do ludzi i poznawać ich problemy, również zdrowotne.

Jako gmina jesteśmy w tej dobrej sytuacji, że mamy własny ośrodek zdrowia, który jest filią Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Centrum” w Siedlcach. Tamtejszy NZOZ dba o zapewnienie opieki medycznej zarówno na poziomie podstawowym, jak i specjalistycznym. Mieszkańcy leczenia są przez lekarzy rodzinnych i konsultowani przez specjalistów, którzy przyjeżdżają z Siedlec. W stanach wymagających bardziej kompleksowej diagnostyki jeżdżą do miasta. Podobnie w razie konieczności leczenia w szpitalu powiatowym czy wojewódzkim. Na szczęście to tylko 15 kilometrów.

Z rozmów z mieszkańcami Domanic wynika, że nie mają zastrzeżeń do funkcjonowania naszej lokalnej przychodni, a jeśli są uwagi krytyczne, natychmiast na nie reagujemy z szefem ośrodka, w którym jest dobrze wyposażone ambulatorium, fachowa obsługa pielęgniarska i położnicza. Ponieważ lekarze obejmują opieką całe rodziny, od noworodków do staruszków, najlepiej wiedzą, jakie są ich potrzeby zdrowotne, a samorząd tylko wspiera ich działania. Współpracujemy z sobą. Można powiedzieć: nudny standard, a jednak to funkcjonuje.



FOT.: Z ARCH. URZĘDU GMINY DOMANICE

Jak żyją ludzie w pana gminie?

Czy poziom życia i warunki demograficzne mają wpływ na ich problemy zdrowotne?

To nie jest biedna gmina. Wszędzie położony asfalt, zrobiona kanalizacja, dwie szkoły podstawowe i gimnazjum, przedszkole, biblioteka, miejsca do uprawiania sportu. Choć oczywiście są rodziny wielodzietne, których nie stać na opłacenie dziecka miejsca w przedszkolu czy wykupienie obiadów w szkole. Gmina jest typowo rolnicza, położona na uboczu, z dala od autostrad. Jest tu cicho i spokojnie. Jeśli ktoś żyje w skrajnej biedzie, to na własne życzenie, bo warunki rozwoju są, trzeba się jednak wykazać inicjatywą. W tych ludziach tkwi ogromny potencjał, ale żyją jakby w uśpieniu. Dotyczy to wszystkich sfer aktywności, także zdrowotnej. Jako samorząd staramy się ich obudzić. Niestety, nasza społeczność coraz bardziej się starzeje, a co za tym idzie – wzrasta liczba chorób przewlekłych charakterystycznych dla wieku średniego i starszego. Są to choroby układu krążenia, narządu ruchu, kręgosłupa i oczywiście nowotwory. Poprzez dostęp do mediów i internetu ich świadomość na temat problemów związanych ze zdrowiem znacznie wzrosła. Wiedzą, jak ważne dla jakości ich życia jest wczesne wykrywanie chorób. Wiedzą, co to jest mammografia, cytologia, kolonoskopia, wciąż jednak trudno ich namówić na badania profilaktyczne. Dlatego tak skwapliwie włączyliśmy się do konkursu „Zdrowa Gmina”, organizowanego przez Polską Unię Onkologii.

Czy pana zdaniem jest to dobry sposób na nakłanianie Polaków do poddawania się badaniom profilaktycznym w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów?

Tak. Najlepszym dowodem jest to, że gmina Domanice ma obecnie znaczący wzrost zgłaszalności na badania mammograficzne – o 18,6 procent, a cytologiczne o 11,3 procent. Zanim jednak osiągnęliśmy ten wynik, sami gruntownie poddaliśmy się badaniom. Jeśli ludzie widzą dobre przykłady, to za nimi pójdą, więc wszyscy – pracownicy urzędu gminy i radni – ruszyliśmy gremialnie do poradni, aby się przebadać.

Staram się jednak nie stosować nacisku na mieszkańców, ale jak spotkam kogoś w sklepie, oczyszczalni ścieków lub po prostu na ulicy, to pytam, czy wybiera się na badania profilaktyczne i zaznaczam, że ja jako wójt i moja rodzina już spełniliśmy ten obowiązek. Bo ludzie muszą wiedzieć, że zdrowie to największe dobro i warto w nie inwestować, a poddawanie się badaniom profilaktycznym to obowiązek wobec siebie. Badania organizują: NFZ, Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych, przychodnie. Rola przypadająca samorządowi i wójtowi ma więc charakter propagandowy i edukacyjny. Marzy mi się, aby to przekonanie do badań wpoić mieszkańcom na stałe, aby nie miało ono charakteru akcyjnego, na potrzeby konkursu „Zdrowa Gmina”.

» Jeśli ludzie widzą
dobre przykłady,
to za nimi pójdą. «

Na profilaktykę przeznaczane są duże pieniądze, a jednak ani NFZ-owi ani ekspertom od zdrowia nie udało się osiągnąć wzrostu zainteresowania badaniami. Może siła jest w tym, że wójt brzmi bardziej swojsko niż urzędnik czy ekspert?

Żyjemy w czasach, kiedy ludzie mało z sobą rozmawiają, zwłaszcza w dużych aglomeracjach. Kontakty ograniczają się do spraw zawodowych, a na to, żeby porozmawiać o życiu nie ma czasu. A może nawet w pewnych środowiskach nie wypada. Odbierane to jest jako zbyt angażowanie się w cudze sprawy. W małych społecznościach, a do takich należy gmina Domanice, rozmawia się o wszystkim, a ja jestem propagatorem tego rodzaju podejścia do życia. Ludzie potrzebują zainteresowania i wiary w to, że komuś na nich zależy. Jeśli osobiście zachęcam do badań czy leczenia, nie czerpiąc z tego żadnych korzyści, to oni mi ufają. Zresztą znany jestem z tego, że nie

uznaje zasady owijania w bawełnę, stawiam sprawy jasno i ludziom też mówię w oczy, co ich czeka, jeśli będą unikać badań profilaktycznych. I oni to „kupują”.

Wierzy pan w sens tego rodzaju inicjatyw jak „Zdrowa Gmina”?

Jak wszędzie, w gminie Domanice ludzie umierają na nowotwory i chociaż w odróżnieniu od mieszkańców dużych miast są bliżej natury i lepiej rozumieją nieuniknioną śmierć, obawiają się cierpień związanych z chorobą. Przekonuję ich, że poprzez badania profilaktyczne w dużej mierze można ich uniknąć, można uratować niejedno ludzkie życie, ale też nie obiecuję, że to zagwarantuje im życie wieczne. Wierzę w tego rodzaju inicjatywy i uważam, że konkurs „Zdrowa Gmina” to naprawdę superprojekt.

W konkursie dla gminy najlepiej realizującej program profilaktyki nowotworowej do wygrania jest 100 tysięcy złotych. Ma pan apetyt na te pieniądze?

Oczywiście. Jak każdy oddany swojej gminie wójt. Ale nie o wygraną tutaj chodzi, lecz o ideę. Zresztą regulamin konkursu jest bardzo restrykcyjny i by sprostać jego wymogom, trzeba się naprawdę zaangażować. Najpierw zostaną wyłonione gminy, które będą miały największy wzrost procentowy liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne finansowane przez NFZ i Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych w okresie od 1 marca do 31 sierpnia 2011 r. W drugim etapie ocenie podlegać będą nadesłane przez gminy opisy projektów działań promujących profilaktykę nowotworową, z wykorzystaniem nagrody głównej w wysokości 100 tysięcy złotych. Na razie wyniki mamy obiecujące, a co będzie dalej, czas pokaże. Do września, kiedy konkurs dobiegnie końca, jest jeszcze trochę czasu.

Jeśli pana gmina zdobędzie pierwsze miejsce, to co pan zrobi z wygraną?

Jeszcze się nad tym nie zastanawiałem, ale skoro wygrana dotyczy konkursu związanego ze zdrowiem, pewnie przeznaczymy te pieniądze na opiekę zdrowotną. O tym jednak nie mogę decydować sam. Decyzję podejmie cały samorząd.

Z notatnika rzecznika prasowego



Katarzyna Strzałkowska rzecznik prasowy NIL (22) 559 13 27, 660 763 725

Pakiet podpisany
Prezydent RP podpisał
wszystkie ustawy z tzw.
pakietu ustaw zdrowot-
nych – ostatnią, „refunda-
cyjną” 25 maja br. Usta-
wy, co do zasady, wejdą
w życie: o zmianie ustawy
o zawodach lekarza i leka-
rza dentystry oraz ustawa
o działalności leczniczej –
1 lipca 2011 r.; ustawa o sys-
temie informacji w ochronie
zdrowia, ustawa o zmianie
ustawy o prawach pacjen-
ta i Rzeczniku Praw Pacjen-
ta oraz niektórych innych
ustaw, ustawa o refunda-
cji leków, środków spożyw-
czych specjalnego przezna-
czenia żywieniowego oraz
wyrobów medycznych –
1 stycznia 2012 r.

Warunki pracy lekarzy – zespoły NRL i OZZL

Naczelna Rada Lekarska
powołała Zespół ds. mo-
nitorowania sytuacji pra-
cowniczej w ochronie
zdrowia. Został on po-
wołany po przedstawi-
niu przez Ogólnopolski
Związek Zawodowy Le-
karzy uchwały w sprawie
działań w związku z prze-
kształceniem SPZOZ-ów
w spółki handlowe.

Zespół ma zająć się opraco-
waniem postulatów doty-
czących m.in. minimalnych
wynagrodzeń zasadniczych,
minimalnych norm zatrud-
nienia oraz płatnego urlopu
szkoleniowego.

Prezes NRL zwrócił się do
prezesów izb okręgowych
z prośbą o powoływa-
nie zespołów regionalnych
i współpracę z zespoła-
mi OZZL. Jak zaznaczył,
problematyka poruszona
w wystąpieniach OZZL do-
tyczy istotnych spraw byto-
wych lekarzy, ale jest także
nierozdzielnie połączy-

na z zagadnieniami bez-
pieczeństwa zdrowotnego
i odbiorem całego nasze-
go środowiska przez społe-
czeństwo. Do zespołu ogół-
nopolskiego wybrani zostali:
Zbigniew Brzezina (OIL Czę-
stochowa) – przewodniczą-
cy, Mariusz Janikowski (OIL
Kraków), Marek Jodłowski
(ŚIL Kielce), Tomasz Romań-
czyk (ŚIL Katowice), Stefan
Sobczyński (WIL Poznań),
Zdzisław Szramak (OIL Rze-
szów), Julian Wróbel (OIL
Warszawa).

Na stronie internetowej
www.nil.org.pl znajdują się
uchwały, listy i opinie prawne
w tej sprawie.

Nowa praktyka
Ustawa o działalności
leczniczej wprowadza
od 1 lipca br. nowy ro-
dziej praktyki lekarskiej:
„praktyka w przedsię-
biorstwie podmiotu lecz-
niczego”. Będzie zakłada-
na przez lekarzy i lekarzy
dentystrów, którzy wyko-
nują swoją działalność na
podstawie umowy cywil-
noprawnej, tzw. kontraktu,
w zakładzie opieki zdrowot-
nej. Dotychczas w celu za-
warcia umowy np. na dyżu-
ry lekarz zakładał praktykę
lekarską „na wezwanie”.

Wprowadzenie innego ro-
dzaju praktyki było zgod-
ne z postulatami samorzą-
du. Przed wejściem w życie
ustawy Marek Haber, wice-
minister zdrowia, podjął ko-
respondencję z Prezesem
NRL w sprawie praktycz-
nych uregulowań.

Limity na studia
Prezydium NRL 3 czer-
ca br. przyjęło stanowi-
ska dotyczące projektu
rozporządzenia ministra
zdrowia w sprawie limi-
tów przyjęć na studia me-
dyczne, wskazując m.in.,

że zmniejszenie liczby
miejsc na studiach medycz-
nych na większości kierun-
ków, przy pozostawieniu
na niemal niezmiennym
poziomie limitów na kie-
runku lekarskim, jest zupeł-
nie niezrozumiałe w sytuacji
niedoboru kadr medycz-
nych. „Projekt nie przewiduje
zwiększenia liczby miejsc
na tych kierunkach studiów,
których absolwentów brak
jest obecnie coraz bardziej
dostrzegalny, np. na kierun-
ku lekarskim projekt prze-
widuje wzrost tylko o 10
miejsc. Jednocześnie pro-
jekt przewiduje znaczące
zmniejszenie liczby miejsc
na innych deficytowych kie-
runkach, np. położnictwo
o 118 miejsc, pielęgniarstwo
o 698 miejsc” – podaje Pre-
zydium.

Lekarze-Lekarzom

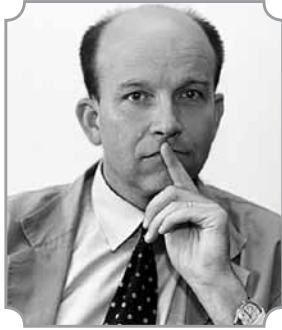
NRL nadała statut Fundacji
Lekarze-Lekarzom, powo-
łała Zarząd w składzie: Ma-
riusz Janikowski (OIL Kraków)
– prezes, członkowie: Leszek
W. Dudziński (W-M IL Olsztyn),
Paweł Wróblewski (OIL Wro-
cław) oraz Radę w składzie:
Zyta Kaźmierczak-Zagórska
(BIL Bielsko-Biała), Marek Jo-
dłowski (ŚIL Kielce), Krzysztof
Szuber (OIL Rzeszów). Decyzję
o utworzeniu Fundacji pod-
jęto we wrześniu ubiegłego
roku i do teraz trwała proce-
dura rejestracyjna. Celem Fun-
dacji ma być m.in. działalność
w zakresie pomocy społecz-
nej, materialnej i finansowej
w celu poprawy warunków
życia lekarzy, znajdujących się
w trudnej sytuacji materialnej,
także z powodów klęsk ży-
wiolowych i innych nadzw-
yczajnych zdarzeń.

k.stralkowska@hipokrates.org
Więcej informacji w Newsletterze
NIL. Uprzejmie informuję, że możli-
wość otrzymywania Newslettera NIL
drogą elektroniczną następuje
po zarejestrowaniu się na stronie
internetowej www.nil.org.pl

Partnerstwo

**Ruszyło Europejskie Partnerstwo Innowacji na rzecz Zdrowienia się, koordynowane przez dwóch komisarzy: wiceprzewodniczącą KE Neelie Kroes (informatyzacja) i Johna Dal-
li (zdrowie).** Ta inicjaty-

wa to próba odpowiedzi Unii na starzenie się społeczeństw Europy. Stopniowy wzrost długości życia z jednoczesnym spadkiem dzietności prowadzą do zwiększania się odsetka osób starszych i bardzo starych. W 2020 r. osoby powyżej 65 r. ż. będą stanowiły 18 proc. społeczeństwa. Jeśli chcemy utrzymać przywództwo Europy w zakresie wysokiej jakości życia



obywateli, zjawisko to musi zostać zauważone. Chcąc zapewnić statystycznemu Europejczykowi dodatkowe 2 lata w zdrowiu w roku 2020 (a taki jest cel KE), należy już dziś podjąć odpowiednie działania na wielką skalę. W ramach Partnerstwa państwa członkowskie i organizacje reprezentują-

ce interesariuszy (w tym lekarzy – CPME) przygotowują działania na rzecz stworzenia warunków do realizacji tego celu. Będą one obejmować innowacyjne podejście w zakresie: ostrzegania, prewencji i wczesnego rozpoznawania chorób; leczenia i opieki; tworzenia środowiska wspierającego aktywne i niezależne życie osób starszych. Wprawdzie traktat europejski pozostawia odpowiedzialność za ochronę zdrowia państwom członkowskim, jednak przekonanie o potrzebie działań na poziomie Unii narasta. Poszukiwanie rozwiązań, promowanie dobrych praktyk, a czasem koordynacja wysiłków państw może stać się wartością dodaną Unii. Przepisy i wspólne działania dotyczące produkcji, obrotu i używania tyto-

niu oraz alkoholu, produkcji żywności (w tym ewentualnej suplementacji substancji niedoborowych, np. witaminy D), praw pacjentów w opiece transgranicznej, leczenia chorób rzadkich, e-zdrowia, kształcenia kadr medycznych oraz rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego osób starszych to dobre przykłady obszarów mogących przynieść rezultaty. Udział środowiska lekarskiego (także starzejącego się!) w kształtowaniu polityki Unii jest oczywiście niezbędny i na szczęście dostrzegany przez KE. Jako prezydent CPME znalazłem się w składzie Komitetu Sterującego Partnerstwa, co dobrze rokuje możliwościom wpływania na dalsze losy tego przedsięwzięcia.

Konstanty Radziwiłł

Jesteśmy jedną lekarską rodziną

Z Bożeną Pietrzykowską,
kierownikiem Ośrodka Współpracy z Polonią
Medyczną NRL, rozmawia Lucyna Krysiak

Samorząd lekarski w przeważającej części opiera się na działalności komisji i zespołów problemowych. Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną NRL wyłamuje się z tej struktury. Z czego wynika ta różnica?

Z uwarunkowań historycznych i specyfiki naszej pracy. Ośrodek powstał w drugim roku działalności samorządu lekarskiego. Został powołany w 1991 r. na mocy jednej z pierwszych uchwał, jakie podjął samorząd po reaktywacji. W tym samym czasie od-

inspiracja profesora Tadeusza Chruściela, który pochodził ze Lwowa, znał realia życia mieszkających tam lekarzy polskiego pochodzenia, czuł ogromną potrzebę nawiązania z nimi kontaktów i pomagania im. Tak powstał Ośrodek, którego nazwę zachowaliśmy do dziś. Rzeczywiście różni się od komisji i zespołów problemowych, które są przede wszystkim ciałem doradczym, a ośrodek wykonawczym.

Co to oznacza w praktyce?

Naszą rolą jest organizowanie. Jesteśmy organizatorami wizyt reprezentantów polskiego środowiska medycznego w skupiskach polonijnych, wspólnych konferencji i zjazdów w Polsce i za granicą, staży i wyjazdów szkoleniowych w naszym kraju. Istotną sferą naszej działalności jest organizowanie przyjazdów specjalistów z grona Polonii medycznej w celu szkolenia i konsultacji, pomoc w załatwianiu stypendiów specjalizacyjnych, wysyłkach leków i sprzętu medycznego, przekazywaniu medycznej informacji zawodowej i naukowej. Samorząd współorganizuje też odbywające się co trzy lata Kongresy Polonii Medycznej i finansuje udział w nich lekarzy polonusów ze Wschodu.

Istotną sferą działalności Ośrodka jest organizowanie przyjazdów specjalistów z grona Polonii medycznej w celu szkolenia i konsultacji.

bywał się w Polsce I Kongres Polonii Medycznej, który zorganizowało wprawdzie Polskie Towarzystwo Lekarskie, ale izba już zaistniała i poczuwała się do obowiązków wobec polonusów. Nie bez znaczenia była



Wielu kolegów z krajów byłego Związku Radzieckiego poprzez kontakty z ojczyzną zetknęło się po raz pierwszy z nowoczesnymi metodami leczenia.

Na czym najbardziej skupia się działalność Ośrodka?

Największy nacisk był i jest położony na pomoc lekarzom Polakom z krajów byłego Związku Radzieckiego i nie ukrywam, że kontaktom tym zawsze towarzyszyły wielkie emocje. My już poczuliśmy się wolni, a oni wciąż jeszcze czuli na plecach oddech dopiero co upadłego komunizmu. Byli zlaknieni wiedzy, ale i wsparcia materialnego. Te pierwsze kongresy, konferencje, sympozja, na które ich zapraszaliśmy i które opłaciliśmy, wspominam ze szczególnym rozrzewaniem. Chcę zaznaczyć, że kontakty te odbywały się i odbywają za pośrednictwem działających tam



FOT.: KATARZYNA SPIŻAKOWSKA

Obecnie kładziemy większy nacisk na finansowanie kursów dla lekarzy z krajów byłego ZSRR.

polonijnych towarzystw medycznych i dotyczy to zarówno szkoleń, jak i konferencji naukowych. Głównie finansujemy stypendia doszkalające, trwające od dwóch miesięcy, pozwalające na odbycie krótkoterminowych staży, które możemy przyznać lekarzom polskiego pochodzenia raz na trzy lata. Od początku istnienia Ośrodka z takich stypendiów skorzystało kilkaset osób. Kiedyś była bardziej dostrzegalna różnica pomiędzy poziomem kształcenia lekarzy np. z Litwy, Ukrainy, Gruzji czy Białorusi a lekarzy kończących nasze uczelnie. Tymczasem obowiązująca wówczas Konwencja Praska dawała im automatycznie prawo wykonywania

Kontakty z lekarzami Polakami z dawnego ZSRR odbywają za pośrednictwem działających tam polonijnych towarzystw medycznych.

zawodu lekarza we wszystkich krajach należących do bloku socjalistycznego. Nie ukrywam, że patrząc w ich indeksy i wykaz przedmiotów mieliśmy wątpliwości, czy mogą zajmować się leczeniem w naszym kraju. Wtedy byliśmy dla nich Zachodem. Wielu kolegów stamtąd poprzez kontakty z ojczyzną zetknęło się po raz pierwszy z nowoczesnymi technologiami medycznymi, metodami leczenia. Zresztą wciąż jeszcze nim jesteśmy. Obecnie jednak liczba wniosków o takie stypendia wyraźnie się zmniejszyła.

Z jakich powodów?

Jest ich kilka. Dostęp do internetu pozwalała się doszkalać na własną rękę, różnice w poziomie medycyny nie są już tak drastyczne, coraz trudniej też lekarzom z krajów byłego Związku Radzieckiego uzyskać zgodę na tak długie urlopy. Dlatego obecnie kładziemy większy nacisk na finansowanie im kursów i sympozjów naukowych, które trwają krócej, a także pozwalają się dokształcać, poszerzać wiedzę, utrzymywać kontakt z nowoczesną medycyną.

Polonia medyczna jest rozrzucona praktycznie po całym świecie. Jak Ośrodek współpracuje z polskimi lekarzami w krajach zachodnich, USA, Australii czy Nowej Zelandii?

Lekarze polskiego pochodzenia z tych krajów nie potrzebują od nas pomocy, ponieważ wiedze im się lepiej i jeszcze nam mogą pomagać. Zresztą na początku lat 90. tak było. Od tamtejszej Polonii medycznej płynęły do Polski leki, sprzęt, niedostępne u nas wówczas czasopisma naukowe. W ciągu tych ostatnich kilkunastu lat wiele się zmieniło, przede wszystkim dostępność do wiedzy, ale i status materialny polskiego lekarza. Obecnie bardziej chodzi o podtrzymywanie więzi z krajem i środowiskiem medycznym, ale są i tacy, którzy doskonale wtopili się w lokalne społeczności i nie szukają kontaktów z Polską. Większość jednak jest spragniona polskiego języka, kultury i informacji o tym, co dzieje się w ich ojczyźnie. Żywo interesują się działalnością samorządu lekarskiego, dlatego prenumerujemy dla nich „Gazetę Lekarską”, jak również dla 15 stowa-

Samorząd współorganizuje Kongresy Polonii Medycznej i finansuje udział w nich lekarzy polonusów ze Wschodu.

rzyszeń lekarzy polskich działających na terenie byłego ZSRR. Wielu naszych rodaków lekarzy odnosi sukcesy na obczyźnie, przykładem jest choćby profesor Maria Siemionow, i chętnie przyjeżdża podzielić się tym sukcesem z rodakami. Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech co roku organizuje u siebie bale, na które zaprasza polskich lekarzy, wspólne wyjazdy na narty, wycieczki krajoznawcze. Bardzo aktywny jest też Związek Lekarzy Polskich, w Chicago, który zaprasza kolegów ze starego kraju na różne imprezy. Stowarzyszenie to ma ustanowiony fundusz stypendialny, z którego korzystają nasi lekarze. Podobny fundusz utworzyło Stowarzyszenie Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji.

Można więc zaryzykować twierdzenie, że ci, którym wiedze się lepiej wspomagają tych, którym się wiedze gorzej...

To trafne spostrzeżenie, które ma swoją głębię. Niezależnie od tego, gdzie rzuciły nas losy, jesteśmy jedną lekarską rodziną i gdzieś w podświadomości każdy z nas o tym pamięta. To w jakiś sposób nas jednoczy i określa jakość naszych kontaktów. Oczywiście jako kierownik Ośrodka zdaję sobie sprawę, że w sytuacji, kiedy kontakty te spowszedniały, dawne formy działalności przestały być atrakcyjne i trzeba je zastąpić nowymi. Myślimy o tym intensywnie. Rozważamy różne opcje. Pierwszym krokiem było zastąpienie dwumiesięcznych stypendiów krótkimi pobytami i to się sprawdziło. Być może należałoby pomyśleć o łączeniu pobytów szkoleniowych z atrakcjami turystycznymi, zwiedzaniem Polski i poznawaniem jej historii. Jesteśmy otwarci na nowe pomysły. ●

Intrratny biznes czy ryzyko



1 mln 717 tys. zł, a rok 2011 przyniósł tylko nieznaczny, bo 2-procentowy wzrost – do wartości 1 mln 753 tys. zł.

Oczywiście, świadczenia te są limitowane, co przekłada się na kolejki oczekujących i wydłużone terminy przyjęć, natomiast niedoszacowanie procedur na gorszą jakość usług. Cytując za PMR: „Publiczne wydatki nie będą motorem wzrostu rynku dentystrycznego”. Według analizy tej firmy wartościowe udziały prywatnych i publicznych nakładów na opiekę stomatologiczną pozostają w stosunku 22 do 78 proc.

W powszechnej świadomości prowadzenie gabinetu stomatologicznego często kojarzy się z dobrym biznesem. Czy tak rzeczywiście jest?

Dobra jakość za rozsądną cenę

Paradoksalnie, to, co odstrasza od korzystania z usług sektora państwowego (kolejki, jakość usług), staje się motorem napędowym rynku prywatnego. Istotna jest również zmiana świadomości społeczeństwa na temat własnego wyglądu, w tym uzębienia, a także wzrost wymagań na rynku pracy. Poza tym wzrasta liczba osób poszukujących perfekcyjnych rozwiązań, które idealnie naśladują naturę, a nawet ją poprawiają. To sektor prywatny kojarzy się z dobrą jakością usług.

Do większej dynamiki wzrostu sektora prywatnego przyczynia się również turystyka dentystryczna. Wejście Polski do UE i zniesienie granic miało niewątpliwie wpływ na rozwój tej gałęzi gospodarki. W Polsce po prostu opłaca się leczyć i rehabilitować, a refundacja często pokrywa wszystkie poniesione koszty.

Stomatologia w naszym kraju stoi na wysokim poziomie, lekarze dentyści pracują na dobrym sprzęcie, przy użyciu nowoczesnych materiałów, w estetycznie urządzonej gabinetach. Ponadto, ceny za leczenie są konkurencyjne w stosunku do tych w Niem-

AGNIESZKA RUCHAŁA-TYSZLER

Firma consultingowa PMR wykonała obszerną analizę rynku usług stomatologicznych w Polsce. Według niej jego wartość w 2011 r. wyniesie 7,1 mld zł, a do 2013 r. ma wzrosnąć do 10 mld zł. Nic, tylko inwestować! Tyle tylko, że są to jedynie prognozy. Aby tendencja wzrostowa została utrzymana, potrzebnych jest wiele współgrających z sobą czynników. Chodzi przede wszystkim o sytuację na rynkach gospodarczych, która przekłada się na portfele naszych potencjalnych pacjentów, stopień bezrobocia w znaczeniu globalnym oraz liczbę lekarzy dentyistów na rynku wewnętrznym.

Stomatologia w dobie kryzysu

Tempo wzrostu stopniowo spadało od 2006 r. Kryzys na rynkach światowych znalazł swoje odzwierciedlenie również w „biznesie” dentystrycznym. W czasach kryzysu ludzie, nie tylko w Polsce, oszczędzają na leczeniu zębów. W Wielkiej Brytanii w 2008 r. liczba usuwanych zębów wyraźnie wzrosła, natomiast spadła

liczba zabiegów implantologicznych czy protetycznych, co niewątpliwie miało związek z pogorszeniem się kondycji gospodarki. Według „The Times” priorytetem rodziców jest szkolny mundur i sfinansowanie lekcji muzyki ich pociech, a nie stan ich uzębienia.

Podobna sytuacja jest w naszym kraju. W czasach kryzysu większość osób kieruje się w stronę leczenia uspołecznionego. Tymczasem polityka państwa nastawiona jest na poszukiwanie oszczędności. Będzie to dotyczyło również świadczeń gwarantowanych w stomatologii. Na początku lat 2000. wzrastała ilość środków przeznaczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na leczenie stomatologiczne – z 938 tys. zł w 2004 r. do 1 mln 902 tys. zł w 2009 r. W roku 2010 wartość kontraktów spadła o 10 proc. w stosunku do roku 2009 i wyniosła



Autorka jest dr. n. med., wiceprezesem ORL w Szczecinie, członkiem NRL i jej Komisji Stomatologicznej.

wna inwestycja?

czech, Danii czy Szwecji. Korzyść jest obopólna: dobra jakość za rozsądną cenę! Brzmi marketingowo, a ekonomia rządzi się swoimi prawami. Jest to szczególnie zauważalne wzdłuż zachodniej granicy, gdzie sąsiedzi zza Odry okupują nasze sklepy, stacje benzynowe, apteki. Wyjątkowo intensywnie rozwinęła się tu również turystyka medyczna. Do Szczecina, Gdańska, Świnoujścia, Kołobrzegu, Słubic przyjeżdżają pacjenci z Danii, Szwecji czy Niemiec. W miastach tych powstały już nawet gabinety specjalizujące się w leczeniu obcokrajowców. Koszty leczenia są dla nich nieco wyższe niż dla polskiego pacjenta (np. wypełnienie kosztuje średnio 50-70 euro, korona protetyczna 280 euro) ze względu na krótki i intensywny czas leczenia oraz pełną dyspozycyjność całego zespołu stomatologicznego. Nie bez znaczenia pozostaje również tania komunikacja lotnicza. Przykładowo bilet z Nottingham do Łodzi można kupić za 250 zł w obie strony, a z Dortmundu do Łodzi za 160 zł. Przyjazd na kurację leczniczą często łączony jest z atrakcyjnym pobytem, również „w dobrej cenie”.

Złote czasy już minęły

Wydaje się jednak, że złote czasy turystyki medycznej mamy już raczej za sobą. Jeszcze kilka lat temu leczenie obcokrajowców było prawdziwą żyłą złota dla gabinetu. Obecnie odnotowuje się spadek zainteresowania takimi usługami i zmniejszony napływ pacjentów. Powodów może być kilka, lecz wszystkie lub prawie wszystkie związane są z ekonomią: kryzys na rynkach światowych i jego obecne odbicie w usługach, brak atrakcyjności cenowej. Wpływ na to mają również sprawy

W czasach kryzysu ludzie, nie tylko w Polsce, oszczędzają na leczeniu zębów.

Paradoksalnie to, co odstrasza od korzystania z usług sektora państwowego, staje się motorem napędowym rynku prywatnego.

nagłośnione przez media, np. nieudane operacje czy problemy z dochodzeniem roszczeń.

Ceny w gabinetach nie są regulowane. Inaczej kształtują się w małych miejscowościach, a inaczej w dużych miastach (choć nie jest to regułą). Nie bez znaczenia są również: położenie gabinetu, rodzaj świadczonych usług, kwalifikacje i umiejętności kadry. W jednej z warszawskich klinik za higienizację jamy ustnej trzeba zapłacić 85 zł za połowę łuku zębowego i 2200 zł za wybielanie, podczas gdy w innych praktykach ceny mogą być o połowę niższe.

Wpływ na rozwój rynku usług dentystycznych ma również polityka kadrowa państwa. W związku z tym, że liczba lekarzy dentystów stale rośnie (obecnie w Polsce jest nas ponad 37 tys., czyli jeden dentysta przypada na 1000 mieszkańców), ceny usług dentystycznych spadają. Można oczywiście powiedzieć, że lekarz dentysta to wolny zawód, wykonywany na wolnym rynku, ale czy w stosunku do świadczeń medycznych może mieć on zastosowanie?

Analizy statystyczne wskazują na wzrost wartości rynku usług dentystycznych, choć jego tempo znacznie zmalało. A zatem, czy warto inwestować w „biznes” dentystyczny? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Jedno jest jednak pewne: osobom spoza branży stomatologicznej radziłabym głęboko się zastanowić, czy poniesione nakłady na otwarcie i prowadzenie gabinetu dadzą oczekiwany sukces finansowy. ●

Jak sobie radzić z agresją pacjentów

Tylko 7 proc. informacji czerpiemy ze słów,
* 38 proc. z tonu głosu, natomiast aż 55 proc.
z mowy ciała.

KINGA WOJTASZCZYK

Agresja i przemoc wobec lekarzy to powszechny problem. Danych na ten temat dostarczyło badanie opinii lekarzy przeprowadzone z inicjatywy Naczelnej Izby Lekarskiej w 2007 r. – 51 proc. pracowników ochrony zdrowia było ofiarą agresji lub przemocy fizycznej ze strony pacjenta bądź osób towarzyszących pacjentom – mówi prof. Romuald Krajewski, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, kierownik Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów. W innym badaniu co czwarta pielęgniarka i co ósmy lekarz w ciągu ostatnich 12 miesięcy stali się ofiarą przemocy bezpośredniej.

Przed agresją nie ma ucieczki

Od przemocy nie da się uciec, prędzej czy później każdy pracownik ochrony zdrowia się z nią zetknie. Niestety, wiedza o sposobach reagowania na agresję jest tylko intuicyjna, a zakłady opieki zdrowotnej w większości nie są przygotowane do zapobiegania przemocy i reagowania na nią. – Dlatego samorząd lekarski podejmuje działania pomagające radzić sobie z agresją w miejscu pracy – podkreśla prof. Krajewski.

Do proponowanych przez samorząd działań należą m.in. szkolenia pracowników ochrony zdrowia z umiejętności nieprovokowania zachowań

agresywnych oraz postępowania w sytuacjach agresji, lepsze poznanie problemu w skali kraju, jak również właściwa organizacja miejsca pracy, ograniczająca i zabezpieczająca przed agresywnymi zachowaniami.

Definicja agresji

– Podanie dokładnej definicji agresji nie jest prostym zadaniem – mówi mgr Beata Krudkopad-Szatarska, absolwentka Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego, wykładowca UW, Wyższej Szkoły Pedagogicznej ZNP, Instytutu Psychologii PAN oraz Wyższej Szkoły Edukacji w Sporcie.



Autorka jest pracownikiem ODZ Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL

Na gruncie psychologii społecznej agresję można zdefiniować jako zachowanie fizyczne lub werbalne podejmowane z zamiarem skrzywdzenia lub zniszczenia. Wyróżniana jest m.in.: agresja wroga, która ma na celu zranienie lub zadanie bólu; instrumentalna, służąca np. zastraszaniu; prospołeczna, chroniąca interesy społeczne; indukowana, powstająca w efekcie psychomanipulacji; odroczone, jak również autoagresja.

Jednak nie wszyscy przychylają się do definicji agresji używanej w psychologii społecznej. Niektórzy psychologowie uważają, że agresja człowieka jest wrodzona i ma charakter instynktu. – Zwolennicy teorii instynktu agresji twierdzą, że agresja jest spontaniczną,

wrodzoną gotowością do walki, która jest niezbędna do przetrwania gatunku – wyjaśnia mgr Krudkopad-Szatarska.

Inne spojrzenie na ten problem przedstawia teoria agresji – frustracji, według której przyczyną zachowań agresywnych są nieprzyjemne stany – frustracje. W myśl tej teorii zachowania agresywne są zwykle wywołane czynnikami zewnętrznymi, które powodują u ludzi przykre stany wewnętrzne, takie jak gniew czy lęk. Instynktowną reakcją na nie są zachowania agresywne. Frustracja definiowana jest także jako niezgodność oczekiwań z rzeczywistością.

Jeszcze inna koncepcja przedstawia agresję jako zachowanie wyuczone społecznie. Teoria uczenia się społecznego udowadnia, że agresja może być wynikiem przykrych doświadczeń czy przewidywanych korzyści. Zgodnie z tą teorią agresja, podobnie jak inne zachowania, zostaje wyuczona poprzez obserwację modeli. Wyuczone

Zachowania agresywne, które nie spotykają się z karą, mają tendencję do wzmocnienia.

reakcje agresywne mogą być w pewnych sytuacjach wykonywane, a w innych hamowane. Zachowania agresywne, które nie spotykają się z karą, mają tendencję do wzmocnienia, zatem powtarzają się.

– Agresję można z łatwością zaobserwować – podkreśla mgr Krudkopad-Szatarska. Świat, w którym żyjemy, często jest światem przemocy.

Na marginesie można dodać, że agresja nie jest osobną kategorią diagnostyczną w Klasyfikacji Chorób Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Stanowi część składową wielu zaburzeń osobowości. Zachowa-

nia agresywne mogą przejawiać się pod postacią agresji fizycznej lub werbalnej, przy czym atak nie zawsze skierowany jest na osobę, która ją wywołała.

Analiza Transakcyjna

Kluczem do poznania mechanizmów funkcjonowania określonej osoby w kontaktach z innymi jest Analiza Transakcyjna. – Jej istotą jest dawanie użytkownikom narzędzia do lepszego funkcjonowania w relacjach z innymi ludźmi – wyjaśnia mgr Krudkopad-Szatarska.

Analiza Transakcyjna jest teorią osobowości nastawioną na praktykę. Służy rozwojowi osobowości, doskonaleniu relacji interpersonalnych. Została stworzona przez amerykańskiego psychologa i psychoterapeutę dr. Erica Berne'a. Żeby zrozumieć jej istotę, trzeba najpierw wyjaśnić pojęcie interakcji społecznej. Zdaniem socjologa Piotra Sztompki jest to dynamiczna, zmienna sekwencja wzajemnie zorientowanych na siebie działań partnerów, którzy je modyfikują w zależności od tego, co robi lub mówi inna osoba. Kiedy podczas spotkania kilku osób któraś z nich odezwie się lub w inny sposób zmanifestuje, że dostrzega pozostałych członków grupy, mamy do czynienia z tzw. bodźcem transakcyjnym. Reakcję innej osoby na ten bodziec określa się mianem reakcji transakcyjnej.

Najmniej skomplikowana definicja Analizy Transakcyjnej sprowadza się do postawienia diagnozy, co wyzwoliło bodziec transakcyjny, a co odpowiada za reakcję transakcyjną. Jako jeden z bodźców wskazuje się regułę Mahrabiana, zgodnie z którą tylko 7 proc. informacji czerpiemy ze słów, 38 proc. z tonu głosu, a 55 proc. z mowy ciała.

Interwencja w szczególnych przypadkach

W miejscach, gdzie agresja występuje najczęściej lekarze mają zapewnione uprawnienia funkcjonariusza publicznego. Gwarantuje im to art. 44 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który brzmi: „Lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art.

30, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”.

– Zdarzenia, w których personel medyczny jest znieważany, straszony lub atakowany fizycznie w okolicznościach związanych z wykonywaniem zawodu, wymagają zdecydowanej interwencji – tłumaczy nadkom. Agnieszka Chormańska, wykładowca Instytutu Prawa Wydziału Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Administracji Wyższej Szkoły Policji w Szczytnie.

Pracownicy ochrony zdrowia mogą złożyć zawiadomienie o popełnionym przestępstwie do organów ścigania. Podstawą ochrony prawnej lekarzy są odpowiednie przepisy kodeksu karnego. Naczelna Izba Lekarska podjęła współpracę z Komendą Główną Policji, mającą na celu przeciwdziałanie agresji i przemocy wobec lekarzy. Zaangażowała się w nią także Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie – jej przedstawiciele uczestniczą w prowadzeniu warsztatów organizowanych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL.

Badać i monitorować

Agresja w ochronie zdrowia w Polsce wymaga badań i stałego monitorowania. Dlatego samorząd lekarski wraz z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych stworzył możliwość zgłaszania przypadków agresji z całego kraju w systemie online (www.agresja.hipokrates.org). Uruchomienie systemu „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia” pozwoli na dokładne określenie skali zjawiska, jak również umożliwi stworzenie „mapy agresji” w ochronie zdrowia. Powołano również Biuro Praw Lekarza, którego zadaniem jest podejmowanie działań na rzecz ochrony zawodu lekarza. Działania te polegają m.in. na udzielaniu pomocy lekarzom w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu, a w szczególności w przypadku naruszenia ich dobrego mienia czy nietykalności cielesnej. ☉

Artykuł powstał w oparciu o warsztaty „Analiza Transakcyjna jako metoda reagowania na zachowania agresywne”, organizowane przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL. Cytowane osoby prowadzą te warsztaty.

Spełniać marzenia

*Człowiek jest tylko raz młody. Później musi
sobie szukać innej wymówki.*

Ernest Hemingway

JOLANTA MAŁMYGA

Tak to już jest w życiu człowieka, że na wszystko jest odpowiedni czas, na zabawę, naukę, pracę i odpoczynek. W naszych zawodach jesteśmy wciąż zapracowani i zabiegani. Bardzo często sami napędzamy błędne koło, w końcu dochodzimy do przekonania, że bez nas zawali się świat. Wielu z nas, moim zdaniem, nie potrafi podjąć decyzji i powiedzieć: dość. Łatwiej jest to zrobić, gdy poza pracą zawodową ma się inne zainteresowania, którymi można się zająć z większym zaangażowaniem i radością.

Przez cały czas uważamy, że musimy poświęcać się innym pacjentom, dzieciom, rodzinie i że bez nas sobie nie poradzą. Często zapominamy o sobie i własnych potrzebach i dochodzi-

my do etapu, że ci, o dobro których tak zabiegamy, mają tego dosyć. Najgorzej, gdy nie potrafią tego powiedzieć wprost i uciekają się do niezbyt etycznych form zakomunikowania swego zdania. Dlaczego nikomu nie starcza odwagi na szczerą rozmowę i wyjaśnienia? Piszę o tym po przeczytaniu listu córki, która uważa, że matka powinna odejść na emeryturę i nie umie jej tego powiedzieć, ale styl, w jakim to zrobiła, jest najgor-

szym z możliwych. A kiedy sama doczeka się takiego czasu, czy będzie potrafiła ustąpić miejsca swoim dzieciom, czy też doczeka się takiego podziękowania? Moje odczucia najlepiej wyraża cytata „Czas przemija, wypowiedziane słowo zostaje” (Lew Tołstoj).

Jest lato – czas wakacji, a piszę o takich smutnych sprawach. Myślę jednak, że to także czas na spokoj-

ne zastanowienie się nad sensem życia i tym, czego oczekujemy dla siebie. Nie ważne, ile mamy lat, lepiej pomyśleć wcześniej i nie przeżywać rozczarowań.

W życiu nie tylko liczy się praca, przecież są inne ciekawe zajęcia, wymagające sporo czasu na ich realizację i dające wiele satysfakcji. Zawsze mówimy, że zrobimy i pomyślimy o nich później. Ale moim zdaniem warto zacząć robić to, o czym często marzymy,

*Jaka szkoda, że jest tak
krótki okres pomiędzy
czasem, kiedy jest się
za młodym i kiedy jest się
za starym.*

Albert Camus

wcześniej, wtedy łatwiej przychodzi podjęcie decyzji. Warto mieć marzenia i chcieć je spełniać.

Byłam świadkiem, jak w nieeelegancki sposób dziękowano za pracę ordynatorom i lekarzom, gdyż byli za starzy, a sami nie umieli odejść. Dlatego sądzę, że powinno się przyzwyczajać do myśli, że jak dojdzie się do pewnego etapu w życiu, to trzeba samemu ten etap zakończyć. ☉



Autorka jest lekarzem dentystą, wiceprezesem ORL w Gorzowie Wlkp.

*Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość,
że w dniu 22.05.2011 r. zmarł*



**prof. dr hab. med.
Stanisław Sterkowicz**

Człowiek o niepospolitych talentach, oddany pacjentom
lekarz, Autor wielu interesujących książek.
Środowisko lekarskie poniosło niepowetowaną stratę.

*Wyrazy serdecznego współczucia składa Rodzinie Profesora
Kolegium Redakcyjne i Redakcja Gazety Lekarskiej*

*Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że w dniu 13.06.2011 r. zmarł*



dr med. Józef Hornowski

wspaniały lekarz i społecznik, człowiek wielkiego serca,
wierny ideałom patrioty i żołnierza. Przewodniczący
Okręgowej Komisji Rewizyjnej OIL w Warszawie I kadencji,
delegat na okręgowy i krajowy zjazd lekarzy.

Delegat Honorowy na OZL w Warszawie.
Samorząd lekarski poniosł niepowetowaną stratę.

Kolegium Redakcyjne i Redakcja Gazety Lekarskiej



Osobna bajka

W majowym numerze pisma „Menedżer Zdrowia” znajdujemy ciekawy felieton Krzysztofa Bukiela pt. „Największa tajemnica NFZ”. Jest nią sposób wyceny refundowanych świadczeń zdrowotnych. Prezes NFZ nigdy nie przedstawił metody tej wyceny i uzasadnione jest domniemanie, że brana jest ona z sufitu. Na potwierdzenie tej tezy Krzysztof Bukiel przytacza fragmenty informacji o wynikach kontroli NIK w NFZ

w roku 2009, w tym jedno charakterystyczne zdanie: Podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych, choć zgodnie z przepisami (...) Prezes Funduszu – dokonując wyceny poszczególnych świadczeń (...) – bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców (...).

Niespodziewanie, w grudniu 2010 NFZ poinformował, że w odniesieniu do dializoterapii dokonano aktualizacji wyceny świadczeń, uwzględniając wszystkie parametry, o których dotąd NFZ nie chciał słyszeć. Między innymi koszty amortyzacji sprzętu i budynków, koszt remontów i konserwacji, a nawet wynagrodzenia lekarza w wysokości trzech średnich krajowych. Co się stało, że nagle Fundusz uznał racje lekarzy i opracował precyzyjną metodologię wyceny w dializoterapii?

Do takich działań NFZ został zmuszony solidarną i konsekwentną postawą właścicieli stacji dializ, którzy odmówili podpisania niekorzystnych kontraktów. I to cała prawda. Wniosek z tej sytuacji jest oczywisty. Rozmawiając z NFZ, najlepiej mieć własne, rzetelne wyceny świadczeń i konsekwentnie przy nich trwać.

Dla stomatologów to żadna nowość. Od lat domagaliśmy się wprowadzenia prawdziwych kosztów świadczeń, jak dotąd bez rezultatu. Mamy wyceny, dokonane przez niezależnych ekspertów, zweryfikowane metodami Funduszu. Przekazaliśmy je zarówno Funduszowi, jak i ministerstwu. I nic. Dlaczego więc udało się lekarzom ze stacji dializ, a nam nie? Otóż dlatego, że w rozmowach z NFZ brakuje nam elementu najważniejszego: konsekwencji, a przede wszystkim solidarności wśród kolegów.

No, ale to osobna bajka, znana dobrze od lat...

ANDRZEJ BASZKOWSKI, 20.05.2011



Misja, czyli konieczność

Działalność społeczna to wpisana w nasz zawód zdeteterminowana konieczność.

Maciej A. Zarębski

Stawiam przekornie powyższą tezę, wbrew fałszywemu wizerunkowi pазernego i bezideowego lekarza, lansowanemu przez goniące za tanią sensacją media. Należę do odchodzącego już, ale nadal czynnego w działaniu na

rzecz korporacji, pokolenia wychowanego na starych i sprawdzonych wzorcach etycznych i hipokratesowskiej przysiędze. Cieszę się, iż nie muszę się już czynnie poruszać w dzisiejszej, coraz bardziej odhumanizowanej, medycynie. Z drugiej strony mogę sobie pozwo-

lić na pewne oceny i podsumowania z pewnej perspektywy swojego czynnego życia zawodowego.

Zaczynałem praktykę lekarską w czasach, gdy pacjent i jego choroba były nie tylko czteroznakowym kodem w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10, wycenionym na odpowiedni ekwiwalent finansowy przez wszechmocny NFZ.

Pacjent był wtedy żywym człowiekiem, oczekującym od lekarza tak pomocy medycznej, jak i pocieszenia oraz wsparcia duchowego. Nierząd-

ko relacje pacjent – lekarz przeradzały się w bliskie znajomości, a nawet przyjaźnie. Lekarz, szczególnie w środowisku małego miasteczka, gdzie przyszło mi przepracować ponad trzydzieści lat, był kimś ważnym, rozpoznawalnym i docenianym. Czułem się wówczas odpowiedzialny nie tylko za jego zdrowie, ale także za poziom i jakość jego życia. Ta sytuacja powodowała, iż w swojej pracy zawodowej nie zastanawiałem się, dlaczego ciągle muszę się czymś zajmować, stale działać

na rzecz środowiska, ludzi, którzy bardzo chcieli coś zmieniać, poprawiać, ulepszać.

I doprawdy nie wiem, czy robiłem to z chęci dodatkowego przypodobania się innym, sprawdzania w różnych sytuacjach, czy też z wewnętrznego przymusu. Sądzę, że po trochu z każdego z tych powodów. Myślę, że to wpisana w nasz zawód zdeterminowana konieczność...

W działaniu na rzecz innych miałem w swojej korporacji nie tylko wielu nauczycieli, ale także sporą rzeszę naśladowców. Chcę podkreślić, iż w działalności pozawodowej zdarzały się często przeszkody obiektywne, subiektywne, opór materii, brak zrozumienia czy dobrej woli.

Dziwiło mnie, iż osiągnany w tej sytuacji, w olbrzymim trudzie sukces zamiast cieszyć, wywoływał niespodziewane, negatywne reakcje. Oto przykłady.

We wrześniu 1978 roku, z inicjatywy miejscowego koła PTL i przy niemalym moim i kolegów wysiłku, zorganizowano w Staszowie udane, pierwsze (pionierskie) Ogólnopolskie Sympozjum Gerontofarmakologii z udziałem sław medycznych w tej dziedzinie – profesorów Zofii Kuratowskiej, Piotra Kubikowskiego, Andrzeja Danysza, Leonidas Samochowca, Jerzego Piotrowskiego. Zamiast spotkać się z pozytywną

oceną, wywołało ono zaniepokojenie w kręgach medycznych odpowiedzialnych za leczenie starszych ludzi. No bo skoro w małym Staszowie podejmowany jest taki problem, to prawdopodobnie dlatego, iż dotychczas upoważnione do tego placówki zdrowotne nie zajmowały się nim odpowiedzialnie...

W latach 80. osobiście zaangażowałem się w badania stanu zdrowia ludności Ziemi Staszowskiej podczas wielu tzw. białych niedziel. Po opublikowaniu ich wyników okazało się, że stan ludności wiejskiej tego regionu kraju nie jest dobry i wymaga podjęcia natychmiastowych działań profilaktycznych i diagnostycznych. Decydenci nie byli zachwyceni, osobiście zyskałem kilku nieprzychylnych, ale osiągnęliśmy to, o co nam chodziło. Władza musiała coś z tą „żabą” zrobić.

Środowisko medyczne Staszowa było inicjatorem innego jeszcze, bardziej uniwersalnego działania na rzecz społeczności lokalnej, w czym miałem swój istotny udział. W roku 1981 powołaliśmy do życia Staszowskie Towarzystwo Kulturalne, na bazie którego powstały: lokalna gazeta „Goniec Staszowski”, muzeum i wydawnictwo „Biblioteka Staszowska” (ponad dwieście wydanych pozycji książkowych). Wszyst-

Zaczynałem praktykę lekarską w czasach, gdy pacjent i jego choroba były nie tylko czteroznakowym kodem w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10.

ko społecznie, ku chwale Małej Ojczyzny!

Zdaję sobie sprawę, że lekarze z żyłką społecznikowską nie są w naszej korporacji w przewadze, ale nie jest nas też mało. Przykłady można znaleźć w historii bardziej odległej (Ludwik Zamenhof, Tytus Chałubiński, Tadeusz Boy Țeleński, Janusz Korczak), czy też nowszej, wzięwszy pod uwagę chociażby dziesiątki naszych kolegów działają-

cych społecznie na rzecz wszystkich szczebli samorządu lekarskiego.

Jeszcze raz wracam do postawionej w tytule tezy o zdeterminowaniu naszej korporacji społecznikostwem. Służymy społeczeństwu nie tylko jako lekarze ciała, dusz, ale także jako autorytety w innych życiowych sprawach. I pamiętajmy, iż korzyści nie zawsze muszą być wymierne... ◎

R E K L A M A

Lekarze z żyłką społecznikowską nie są w naszej korporacji w przewadze, ale nie jest nas też mało.

Zachęcać i motywować,

Na bezpłatne badania cytologiczne, wykonywane w ramach programu przesiewowego finansowanego przez NFZ, zgłasza się zaledwie co czwarta Polka.

Przed wprowadzeniem „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy” cytologię raz na trzy lata wykonywało 30 proc. Polek, a raz w roku – 14 proc. Po wdrożeniu programu (kwalifikują się do niego panie w wieku 25-59 lat) najwyższą zgłaszalność na bezpłatne badania zanotowano w 2009 r., wyniosła 27 proc. W ubiegłym roku spadła do poziomu 25 proc. Nic więc dziwnego, że Polki znacznie częściej niż mieszkanki innych krajów europejskich umierają na raka szyjki macicy. Średnia pięcioletnia przeżywalność w tym typie nowotworu wynosi u nas 50,1 proc., podczas gdy w krajach OECD 65,7 proc.

Dlaczego tak się dzieje? Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w raporcie opublikowanym na podstawie wyników badania „Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?”, które zostało przeprowadzone przez zespół prof. Aleksandry Łuszczynskiej ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej i University of Colorado na zlecenie firmy Siemens.

Bariery i korzyści z cytologii

W badaniu, które zostało przeprowadzone od stycznia do marca br., wzięło udział 1231 kobiet w wieku



Mariola Markłowska-Dzierżak

18-75 lat (najliczniejszą grupę – 58,7 proc. – stanowiły panie między 19. a 30. rokiem życia). Na podstawie udzielonych przez nie odpowiedzi powstała lista 67 barier psychospołecznych i korzyści związanych z udziałem w profilaktycznym badaniu cytologicznym.

Wśród barier na pierwsze miejsce wysuwa się brak rozmów z bliskimi kobietami (matką, córką, siostrą, przyjaciółką) na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Równie częstą barierą jest obawa przed wykryciem raka lub niepokojących zmian, nawet jeśli miałyby się okazać, że są to zmiany łagodne. Respondentki podkreślały także, że nie

chodzą na cytologię, ponieważ mają inne priorytety, trudno im wygospodarować czas na badanie oraz że rozmowa o nim i symptomach choroby powoduje u nich dyskomfort. Wstyd i zakłopotanie jest przeszkodą głównie dla kobiet po pięćdziesiątce.

Najważniejszą korzyścią z udziału w badaniu cytologicznym jest dla kobiet to, że można dzięki niemu „szybko wykryć problemy zdrowotne, wyleczyć je i wrócić do zdrowia” oraz „dowiedzieć się, że zdrowie jest w porządku”. Udział w cytologii daje im zadowolenie i spokój. Mają poczucie, że dbają o siebie i swoje zdrowie, mają nad nim kontrolę. Unikają stwierdzenia, że badanie zmniejsza ryzyko zachorowania i śmierci z powodu raka szyjki macicy.

Edukacja to za mało

Lekarze i pielęgniarki podkreślają, że edukacja pacjentów na temat profilaktyki nowotworowej jest bardzo ważna, jednak ze względu

Powstała lista 67 barier psychospołecznych związanych z udziałem w profilaktycznym badaniu cytologicznym.

a nie straszyć

na brak czasu bardzo często muszą z niej rezygnować. – Nikt nie wątpi, że edukacja jest bardzo ważna, ale być może powinna być przeprowadzana przez inne osoby, niekoniecznie przez pracowników ochrony zdrowia – mówi prof. Łuszczyńska. Z jej badań wynika również, że sama edukacja może być mało skutecznym narzędziem do zwiększenia zgłaszalności na badania. – Pacjentki wiedzą, co robić, ale brakuje im wystarczającej motywacji, aby to kontynuować – wyjaśnia.

Trzeba zdobyć zaufanie pacjenta, żeby uwierzył, iż to, co robi lekarz, robi dla niego.

Jak więc zachęcać pacjentki do badania? W USA od 25 lat wykorzystuje się do tego celu technikę prowadzenia komunikacji budującej motywację. – Lekarz może zyskać większe zaufanie i wyższy stopień przestrzegania swoich zaleceń, jeśli będzie kierował do pacjentki empatyczne komunikaty – mówi prof. Łuszczyńska. Ważne jest również, by były one dostosowane do sposobu postrzegania przez nią świata. – Warto zwrócić uwagę zwłaszcza na kobiety z przewlekłymi chorobami, które będą rzadziej chodzić na badania profilaktyczne – dodaje autorka badania „Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?”.

Dla prof. Mariusza Bidzińskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, najważniejsze w relacjach lekarz – pacjentka jest zdobycie jej zaufania i nawiązanie z nią dobrego kontaktu. Można to osiągnąć poprzez spokojne przedstawienie faktów, stworzenie przyjaznej atmosfery i przekonanie pacjentki, że jest w dobrych rękach. – Trzeba przekazywać informacje

w sposób właściwy i starannie dobierać słowa, adekwatnie do sytuacji. Jeśli się tego nie potrafi, lepiej skierować pacjentkę do kogoś, kto zrobi to profesjonalnie – tłumaczy prof. Bidziński, opierając się na własnych doświadczeniach. Nie bez znaczenia jest także odpowiednie wyposażenie gabinetu ginekologicznego – w parawan, wzierniki w różnych rozmiarach, spódniczki ginekologiczne.

Rola lekarzy POZ

W opinii dr. Jerzego Giermka, szefa Centralnego Ośrodka Koordynującego programy wczesnego wykrywania raka piersi oraz profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, wnioski z badania przeprowadzonego przez zespół prof. Aleksandry Łuszczyńskiej powinny przede wszystkim stanowić przesłanie do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, mających najczęstszy kontakt z pacjentami – żeby ich edukowali, dopytywali i nakłaniali do zrobienia badań profilaktycznych.

– Wielu moich kolegów lekarzy powie, że łatwo mi się mądrzyć, a oni nie mają czasu na rozmowy z pacjentami. Za drzwiami ich ga-

Ważne, by empatyczne komunikaty kierowane do pacjentki były dostosowane do sposobu postrzegania przez nią świata.

binetów stoi tłum, muszą wypełniać mnóstwo dokumentów. To wszystko prawda, ale jeśli nie znajdziemy dla pacjenta czasu i nie będziemy potrafili nawiązać z nim kontaktu, to bardzo trudno nam będzie przekonać go do naszych idei. Musimy zdobyć jego zaufanie, żeby uwierzył, że to, co robi lekarz, robi dla niego – mówi dr Giermek.



W edukacji i promocji profilaktyki trzeba raz na zawsze zapomnieć o straszaniu pacjentów.

Wyniki badania nie zaskoczyły go, ale utwierdziły w przekonaniu, że w edukacji i promocji programu trzeba raz na zawsze zapomnieć o straszaniu pacjentów. – Musimy im pokazywać dobre strony i korzyści z badań, przekonywać ich, że wykonuje się je po to, by mieć pewność, że jest się zdrowym – powiedział nam dr Jerzy Giermek.

Co roku na raka szyjki macicy zapada w Polsce około 3300 kobiet, a umiera z jego powodu ponad 1700. Podczas II Forum Promocji Zdrowia Kobiet, 31 maja w Warszawie, powołano Polską Koalicję na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. Celem jej działania jest obniżenie obu niekorzystnych wskaźników o połowę do 2020 r. ○

Szczepienia przeciwko wirusowi HPV



Z Arturem Prusaczykiem, lekarzem ginekologiem z NZOZ Centrum w Siedlcach, rozmawia Lucyna Krysiak

Obecnie w profilaktyce raka szyjki macicy dużą wagę przywiązuje się do szczepień. Czy to ma sens, skoro szczepionka nie jest stuprocentowym zabezpieczeniem przed tą chorobą?

Wprawdzie jest wiele czynników wywołujących raka szyjki macicy, jednak zakażenie wirusem HPV odpowiada za 70 proc. wszystkich zachorowań i myślę, że jest to argument przemawiający za propagowaniem szczepień. Szczepionka jest skierowana przeciwko czterem typom wirusa HPV, które są podejrzewane o inicjację powstawania inwazyjnych komórek nowotworowych, ale po zaszczepieniu organizm nabiera immunogenności na blisko sto podtypów tych wirusów, ponieważ zachodzi

tw. odporność krzyżowa. Szczepionka chroni więc również przed innymi wirusami z rodziny HPV, które rzadziej powodują nowotworzenie, ale potrafią uprzykrzyć życie. Uważam, że każda dziewczyna przed rozpoczęciem kontaktów seksualnych powinna być zaszczepiona.

Szczepionka kosztuje jednak ponad tysiąc złotych.

Dla wielu rodzin jest to wydatek nie do udźwignięcia. Dlatego w akcję propagowania szczepień przeciwko HPV włączają się samorządy lokalne, prywatni sponsorzy, niektóre fundacje. W tym szczepieniu są trzy dawki. Jestem zdania, że można rozłożyć ich koszty – za dwie dawki mogłyby płacić samorządy, a resztę pacjent wykładałby z własnej kieszeni. Jestem jednak realistą i wiem, że nigdy nie osiągniemy stuprocentowej zaszczepialności. Jednak

jeśli dzięki szczepieniom zmniejszy się umieralność na raka szyjki macicy wśród kobiet, to będzie to sukces. Na razie statystyki są przerażające. W Polsce umiera rocznie na tę chorobę prawie dwa tysiące pań, podczas gdy w Finlandii tylko kilkanaście.

Czy szczepionka może zastąpić badanie cytologiczne?

Nie, oba sposoby profilaktyki powinny się uzupełniać. Szczepionka jest tylko dla kobiet, które jeszcze nie rozpoczęły współżycia. Cytologia jest profilaktyką wtórną i powinna być obowiązkiem każdej kobiety, ponieważ wykrywa stany przedrakowe i inne choroby szyjki macicy. Kobieta decydująca się na to badanie przechodzi jednocześnie edukację, ponieważ przy okazji pobierania wymazu jest informowana o zagrożeniach. Musi wiedzieć, że jej zdrowie w dużej mierze zależy od jej stylu życia. Im więcej partnerów seksualnych, tym

większe ryzyko zakażenia wirusem. Wierzę, że przy okazji promocji szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego także cytologia zyska na popularności. Leczenie stanów przedrakowych wykrytych dzięki cytologii jest tanie i skuteczne.

Szczepienia przeciwko wirusowi HPV mają wielu przeciwników, również wśród lekarzy. Czy jest coś, co może budzić kontrowersje?

Szczepienia te są wprowadzone dopiero od kilku lat. Skuteczność szczepionki została oceniona zaledwie na podstawie pięcioletnich obserwacji, tymczasem żeby w pełni ocenić jej działanie, potrzeba 15, a nawet 20 lat. Myślę, że brak danych na ten temat budzi największe kontrowersje. Osobiście uważam, że jeśli jest możliwość wyeliminowania czynnika ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, jakim jest wirus HPV, to trzeba z niej skorzystać. ○



Szanse na rozwój

Współpraca między nauką i biznesem przynosi korzyści obu tym dziedzinom. Ochrona zdrowia jest branżą, w której taka zależność jest szczególnie widoczna.

Dostrzega to także Unia Europejska, która uznała, że wzmocnienie takiej współpracy będzie jednym z priorytetów funduszy europejskich w latach 2007-13. Jednak aby było to możliwe, konieczne jest również odpowiednie przygotowanie zaplecza naukowo-badawczego. Dlatego przeznaczono pulę funduszy unijnych m.in. na wyposażenie ośrodków naukowych i badawczych. Część tych środków skierowano także na bezpośrednie wsparcie dla studentów, czy kadry naukowej, a w szczególności dla pracowników jednostek realizujących projekty badawcze przydatne dla gospodarki.

W Programie Innowacyjna Go-

spodarka (POIG) zaplanowano działania zachęcające młodych ludzi do podjęcia kariery naukowej oraz wsparcie kadr polskich uczelni. Działanie takie przeprowadzi Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej w formie różnorodnych programów grantowych. Co ważne, do części z nich prowadzony jest jeszcze nabór wniosków.

Przykładem jest chociażby program **Ventures**, adresowany do młodszych naukowców (studentów, absolwentów do 3 lat od ukończenia studiów na etacie naukowo-dydaktycznym i doktorantów). Wspiera on realizację projektów badawczych z różnych dziedzin tematycznych, pod warunkiem udowodnienia ich przydatności dla

działalności gospodarczej (okres realizacji projektu: 1-3 lata). Kierownik projektu uzyskuje imienne stypendium (1,5-3 tys. zł miesięcznie), a projekt otrzymuje grant badawczy do 35 tys. zł rocznie. Wśród laureatów programu znajdują się m.in. projekty badawcze z dziedziny biofizyki, onkologii czy biologii molekularnej. Kolejny nabór wniosków rozpoczyna się już 30 sierpnia. Informacje o programie i wniosek aplikacyjny (wypełniany on-line) znaleźć można na stronie: www.fnp.org.pl. Na tej stronie można znaleźć także informacje o innych programach grantowych prowadzonych przez fundację, m.in.: Program **Team, POMOST, HOMING**.

Z kolei w **Programie Kapitał Ludzki (POKL)** przewidziano możliwości podnoszenia kwalifikacji przez pracowników naukowych oraz stypendia naukowe dla doktorantów i staże dla pracowników przedsiębiorstw w jednostkach naukowych. Wspierane są także inicjatywy akademickie, np. zakładanie firm typu spin off lub spin out. Przykładem takiego projektu jest projekt pt. „Spółki spin off i spin out stymulatorem rozwoju przedsiębiorczości na Mazowszu” (więcej na: www.przedsiębiorczoscakademicka.edu.pl).

Więcej informacji na temat możliwości jakie daje Program Kapitał Ludzki można uzyskać w Punktach Informacyjnych Funduszy Europejskich działających w całym kraju (baza punktów jest dostępna na stronie: www.funduszeuropejskie.gov.pl). ☉

*Nadzór merytoryczny Deloitte:
Magdalena Jabłońska
Katarzyna Berbeć*

PRZYKŁADY DOFINANSOWANYCH PROJEKTÓW

Jakość pracy polskich naukowców i efektywność ich działania w dużej mierze zależy od zaplecza badawczego jakim dysponują. I tak, wzrost poziomu informatyzacji placówek naukowych możliwy był przy dofinansowaniu z Programu Innowacyjna Gospodarka (działanie 2.3. PO-IG). Przykładem efektywnego wykorzystanie tego typu dofinansowania jest projekt **Instytutu Fizjologii i Pa-**

tologii Słuchu w którym stworzono zintegrowany system informatyczny wspomagający badania nad fizjologią i słuchu. **Wartość projektu wyniosła ponad 8 mln zł.**

Z kolei działanie 2.1. PO IG pozwala dofinansować wyposażenie zaplecza badawczego, czyli narzędzi wykorzystywanych przez polskich naukowców. Dzięki temu m.in. możliwe było powstanie **Małopolskiego Cen-**

trum Biotechnologii, w ramach którego będzie funkcjonowało 14 nowoczesnych laboratoriów badawczych. Powołanie do życia tego Centrum pozwoliło Uniwersytetowi Jagiellońskiemu uzyskać dodatkowe fundusze na prowadzenie kompleksowych badań na różnych poziomach funkcjonowania organizmu. **Wartość projektu wyceniono na ponad 91 mln zł.**



Około 1300 lekarzy przyjechało do Mikołajek na jedenasty już Kongres Medycyny Rodzinnej. To doskonała okazja, by podyskutować o roli medycyny rodzinnej i perspektywach jej rozwoju.



FOT.: KATARZYNA WESOŁY

Z wiatrem i pod wiatr

Co czeka medycynę rodzinną w najbliższym czasie i w dalszej przyszłości?

LUCYNA KRYSIAK

O miejscu medycyny rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej, jakości świadczonych usług przez lekarzy tej specjalności i perspektywach jej rozwoju debatowano na odbywającym się w dniach 2-5 czerwca w Mikołajkach XI Kongresie Medycyny Rodzinnej. Uczestniczyło w nim 1300 osób.

Wykłady, warsztaty i pokaz na żywo

Kongres to przede wszystkim poligon szkoleniowy. Dla jego uczestników przygotowano blisko 100 wykładów z różnych dziedzin (kardiologia interwencyjna, diabetologia, antybiotykoterapia praktyczna i inne) przeplatanych warsztatami

i prezentacjami. W opinii lekarzy ich poziom był najwyższy w 11-letniej historii kongresu. Sesje były poświęcone m.in. kontrowersjom wokół stosowania witaminy D, nowym trendom w terapii cukrzycy oraz szczepieniom.

Prof. Andrzej Radzikowski, kierownik Kliniki Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Warszawskiego

Trzeba określić rolę, zadania i sposób finansowania internisty, pediatrii oraz lekarza rodzinnego w POZ.

Uniwersytetu Medycznego, mówił o tym, co lekarze rodzinni powinni wiedzieć o profilaktyce zakażeń pneumokokowych, a prof. Tadeusz Zielonka ze Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie o pneumokokach jako głównej przyczynie bakteryjnych zapaleń płuc. W trakcie zajęć warsztatowych omawiano też projekt nowej, międzynarodowej klasyfikacji stanu zdrowia ICF oraz transmitowano na żywo przebieg przezskórnej angioplastyki wieńcowej u pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym, wykonywanej przez lekarzy z Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii Szpitala św. Rafała w Krakowie. Prof. Dariusz Dudek, bezpośrednio z sali zabiegowej, mówił o konieczności współpracy lekarza rodzinnego i specjalisty kardiologii inwazyjnej, kładąc nacisk na wskazania do zabiegów i przygotowanie pacjenta.

Maciej Godycki-Ćwirko, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP), mówił o zapobieganiu błędom medycznym w kontekście rozwiązań dotyczących

bezpieczeństwa opieki medycznej w Unii Europejskiej. Podkreślił, że mimo wspólnych zaleceń dla wszystkich krajów UE, większość z nich ma charakter lokalny. W Polsce obowiązuje Deklaracja Warszawska, ale – zdaniem prezesa – „więcej w niej intencji niż działania”.

Ta dymisja to cios dla środowiska

Uczestnicy kongresu interesowali się nie tylko sesjami tematycznymi. Chcieli wiedzieć, co czeka medycynę rodzinną w najbliższym czasie i w dalszej przyszłości. Z niepokojem przyjęli informację o odwołaniu prof. Witolda Lukasa z funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej. – To cios dla naszego środowiska, ponieważ profesor współtworzył medycynę rodzinną i najlepiej zna nasze proble-

Lekarze potrzebują narzędzi, aby móc pełnić rolę przewodników po systemie.

my – zastrzegła Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, wiceprezes KLRwP, podczas sesji podsumowującej kongres. Zapowiedziała wystosowanie listu do minister zdrowia Ewy Kopacz z poparciem dla prof. Lukasa.

Adam Windak, również wiceprezes KLRwP, dodał, że prof. Lukas odgrywał kluczową rolę m.in. w pracach powołanego przez minister zdrowia zespołu ds. opracowania zmian systemu podstawowej opieki zdrowotnej. Zdaniem uczestniczącego w sesji Konstantego Radziwiłła, wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, opracowanie projektu prawnych rozwiązań dotyczących zwłaszcza modelu organizacyjnego leczenia podstawowego i jego zadań jest konieczne i ma strategiczne znaczenie dla medycyny rodzinnej. Chodzi m.in. o wyposażenie lekarza POZ w narzędzia do pełnienia roli przewodnika po sys-

temie oraz doprecyzowanie zadań zespołu POZ (lekarz, pielęgniarka, położna, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania) i zasad współpracy jego członków. – Dzięki tym rozwiązaniom lekarz rodzinny stanie się koordynatorem opieki zdrowotnej – powiedział wiceprezes NRL.

Za dużo podopiecznych

Wśród postulatów ministerialnego zespołu znalazł się także ten dotyczący określenia roli, zadań i sposobu finansowania internisty, pediatry oraz lekarza rodzinnego w POZ. Zespół chce wprowadzenia klasyfikacji porad (np. porada telefoniczna, recepturowa), zdefiniowania zasad dostępności świadczeń oraz wprowadzenia elektronicznych kart usług medycznych identyfikujących uprawnienia pacjenta. Jeden z postulatów mówi o utworzeniu przyszpitalnych poradni konsultacyjnych pediatrycznych i internistycznych, umożliwiających szybką diagnostykę i konsultacje specjalistyczne, a także o stworzeniu mechanizmów gwarantujących systematyczny wzrost nakładów na leczenie podstawowe wraz z uwzględnieniem mniejszej liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza. Obecny limit określony przez NFZ to 2750 podopiecznych, lekarze chcą, aby ich liczba wynosiła maksymalnie 2500. Zespół sygnalizuje również potrzebę opracowania wskaźników jakości i tworzenia rejestrów błędów medycznych, które pozwalałyby tę jakość ocenić.

Uczestnicy kongresu przyjęli nową wizję funkcjonowania POZ z mieszanymi uczuciami. Zdaniem wielu z nich nie rozwiązuje ona deficytu kadr wśród lekarzy rodzinnych, nie gwarantuje też wzmocnienia ich pozycji na rynku usług medycznych.

Podczas XI Kongresu Medycyny Rodzinnej wybrano prezesa elekta Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Został nim dr n. med. Tomasz Tomasik, praktykujący lekarz rodzinny, adiunkt w Pracowni Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum. ☉

Polska starość nie musi być smutna



Blisko 5 mln Polaków skończyło 65 lat, a 1,3 mln ma ponad 80 lat. W 2060 r. będziemy jednym z najstarszych społeczeństw w Europie.

Prof. Danuta Duch-Krzystoszek z Polskiej Akademii Nauk, przytaczając najnowsze wyniki badań, podkreśla, że pozycja społeczna osób starszych w naszym społeczeństwie jest bardzo niska prawdopodobnie dlatego, że stanowią one obciążenie dla budżetu, co jest wynikiem niewydolnego sys-

LUCYNA KRYSIAK

Z najnowszych badań wynika, że w 2020 r. ponad milion Polaków będzie miało 90 lat, a w 2035 r. co czwarty mieszkaniec naszego kraju będzie miał 65 lat i więcej. Już teraz 800 tys. starszych osób wymaga stałej opieki. Jaka jest i jaka będzie w przyszłości polska starość? To jedno z pytań, na które gorąco poszukują odpowiedzi politycy, samorządowcy, społecznicy, a także lekarze, na których spada ciężar leczenia schorzeń towarzyszących starości.

Niski status seniorów

Polska rzeczywistość, w której żyją osoby starsze, jest szara i smutna. Wprawdzie zmieniają ją na lepsze ciesząc się coraz większym zainteresowaniem uniwersytety trzeciego wieku, jednak status polskich seniorów na tle innych państw europejskich wciąż jest bardzo ni-

ski. Tymczasem dane demograficzne wskazują, że liczba osób starszych co roku będzie wzrastać, a ich problemy będą się nawarstwiać.

Wiesława Borczyk, prezes Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wiek, uważa, że uczelnie te wprawdzie uwzględniają potrzeby intelektualne i zainteresowania starszego pokolenia, są też sposobem zapobiegania wycofywaniu się z aktywnego życia, jednak w ślad za tą działalnością nie idzie poprawa sytuacji socjalnej – lepszy dostęp do usług medycznych, domów opieki długoterminowej czy pomocy materialnej.

Pozycja społeczna osób starszych w naszym społeczeństwie jest bardzo niska.

Senacka Komisja Rodziny i Polityki Społecznej pracuje nad wprowadzeniem „czeku na starość”.

temu finansowania leczenia i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. – Osoby starsze postrzegane są jako obywatele niskiej użyteczności ekonomicznej, ponieważ znajdują się poza rynkiem pracy – tłumaczy prof. Duch-Krzystoszek.

Rocznie na opiekę nad osobami starszymi państwo wydaje 10-13 mld zł, z czego 5 mld zł na zasiłki pielęgnacyjne. Mimo tak dużych nakładów finansowych, opieka nad pacjentami w starszym wieku mocno kuleje. To efekt złej organi-



zacji opieki geriatrycznej. Pacjent geriatryczny to osoba, która ukończyła 60-65 lat, jest dotknięta nakładającymi się na siebie chorobami typu in-aging (przebiegającymi odmiennie i nietypowo dla procesu starzenia) lub off-aging, typowymi dla starości (otępienie, osteoporoza, upadki, zaburzenia funkcji zwieraczy, odleżyny). Do takiego pacjenta personel medyczny powinien mieć holistyczne podejście, zarówno w diagnozowaniu, terapii, jak i pielęgnacji.

Według standardów światowych na 120 tys. mieszkańców powinny przypadać: przynajmniej jeden oddział lub szpital geriatryczny, jedna poradnia geriatryczna oraz jeden geriatryczny ośrodek pobytu dziennego. Polsce daleko do tych standardów. Mamy zaledwie 120 geriatrów, a i tak mają oni poważne kłopoty z uzyskaniem kontraktu z NFZ.

Potrzebne są zmiany

Politycy, przedstawiciele samorządów lokalnych i eksperci alarmują, że zarówno poglądy na temat starości, jak i systemy opieki nad ludźmi starszymi wymagają daleko idących zmian. Mieczysław Augustyn, przewodniczący se-

nackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, uważa, że należy wprowadzić spójny system opieki i zrationalizować wydatki na ten cel. Przekonuje, że trzeba odejść od obligatoryjnego przyznawania dodatku pielęgnacyjnego wszystkim, którzy skończyli 75 lat, gdyż tylko 15 proc. z nich to osoby niepełne, wymagające opieki.

Senacka komisja pracuje nad wprowadzeniem „czeku na starość”, za który można będzie kupić usługi opiekuńczo-pielęgniarские. W ramach przygotowywanej ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym będą obowiązywały nowe, trzystopniowe kryteria orzekania o niesamodzielnosci. Stopień I obejmie osoby całkowicie niezdolne do samodzielnego życia, wymagające stałej, całodobowej opieki, stopień II – osoby wymagające opieki przez większość dnia, a stopień III – osoby potrzebujące opieki doraźnie. Wysokość „czeku na starość” byłaby zależna od stopnia niesamodzielnosci. Przy I stopniu byłoby to 1200 zł, a przy III stopniu – 800 zł miesięcznie. Czeka mają również stworzyć rynek usług opiekuńczych, na którym legalną pracę może znaleźć 200 tys. osób (czeku nie będzie można wymieniać na gotówkę). W Niemczech podobna reforma stworzyła 300 tys. miejsc pracy.

Dane demograficzne wskazują, że liczba osób starszych co roku będzie wzrastać, a ich problemy będą się nawarstwiać.

Beata Małecka-Libera, wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia, uważa, że konieczna jest także nowa polityka trzeciego wieku oraz kształcenie kadr medycznych i opiekunów.

Więcej życzliwości

Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) prognozuje, że w 2060 r.

Wiele osób z powodu wieku traci pracę, często tuż przed emeryturą. Pracodawcy stawiają na młodość.

połowa polskiego społeczeństwa przekroczy 50 lat. Będziemy jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. W ślad za tym zwiększą się koszty opieki nad ludźmi starszymi. Według najnowszego raportu, ogłoszonego podczas odbywającego się w maju w Warszawie Forum III Wieku „Polska starość”, w 2050 r. w krajach uprzemysłowionych wzrosną one aż trzykrotnie.

Iga Niewiadomska, prezes Fundacji Nowe Perspektywy, uważa, że aby sprostać tym wyzwaniom, należy nie tylko poprawić opiekę nad osobami niepełnymi, ale przełamać bariery i zmienić sposób postrzegania osób starszych w Polsce. Z badań wynika, że najbardziej przyjaznymi dla seniorów są rodzina i sąsiedzi. Najmniej życzliwie odnoszą się do nich ekspedientki, urzędnicy, pracownicy środków transportu oraz lekarze i pielęgniarki. Wielkie sieci handlowe chcą zmienić tę sytuację i planują szkolenia dla personelu z obsługi osób w podeszłym wieku.

Prof. Piotr Błędowski ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie uważa, że jedną z form pomocy osobom starszym jest jak najdłuższe zatrudnianie ich w zakładach pracy. Konieczne będzie również podwyższenie wieku emerytalnego w naszym kraju. Będzie to jednak wymagało nie tylko zmian ustawowych, ale i nowego spojrzenia pracodawców na problem starości. Powszechnie wiadomo, że wiele osób z powodu wieku traci pracę, często tuż przed emeryturą. Pracodawcy stawiają na młodość. Czy będą w stanie docenić mądrość i doświadczenie zawodowe seniorów, kiedy zostanie podwyższony wiek emerytalny? ●

BIULETYN

Nr 4 (135) Rok XXII

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Warszawa, VII 2011

Redaktor naczelny: Mariusz Janikowski

Posiedzenie NRL – 13 maja 2011 roku

UCHWAŁA Nr 5/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 maja 2011 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.¹) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 30/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2010 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 20 pkt 5 otrzymuje brzmienie:
„5. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie 1951 r. do 2010 r. wraz z wykazem czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych, stanowi załącznik Nr 4 do uchwały.”;
- 2) załącznik Nr 4 do zmienianej uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały NRL NR 5/11/VI z dnia 13 maja 2011 r. – www.nil.org.pl

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 531 i Nr 107, poz. 679.

UCHWAŁA Nr 6/11/VI NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 13 maja 2011 r.

w sprawie remontu biura Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 114 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do przeprowadzenia remontu biura Naczelnej Izby Lekarskiej do kwoty 900.000 zł (słownie: dziewięćset tysięcy złotych) brutto.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 7/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 maja 2011 r.

w sprawie powołania Rady Fundacji Lekarzy Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) i § 18 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy w Warszawie Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Radę Fundacji Lekarzy Lekarzy z siedzibą w Warszawie w składzie:

- 1) Pani Zyta Kaźmierczak-Zagórska – Członek Rady,
- 2) Pan Marek Jodłowski – Członek Rady,
- 3) Pan Krzysztof Szuber – Członek Rady.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 8/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 maja 2011 r.

w sprawie powołania Zarządu Fundacji Lekarzy Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) i § 26 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy w Warszawie Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Zarząd Fundacji Lekarzy Lekarzy z siedzibą w Warszawie w składzie:

- 4) Pan Mariusz Janikowski - Prezes Zarządu,
- 5) Pan Leszek W. Dudziński - Członek Zarządu,
- 6) Pan Paweł Wróblewski - Członek Zarządu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

UCHWAŁA Nr 9/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 maja 2011 r.

w sprawie nadania statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) Naczelna Rada Lekarska postanawia, co następuje:

§ 1.

Nadaje się statut Fundacji Lekarzy Lekarzy z siedzibą w Warszawie w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

Załącznik do Uchwały NRL NR 9/11/VI z dnia 13 maja 2011 r. – www.nil.org.pl

**UCHWAŁA Nr 11/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 maja 2011 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie terminów posiedzeń
Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2011**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. W uchwale Nr 40/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2010 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2011 w § 1 zmienia się termin posiedzenia z dnia 7 października na dzień 8 października 2011 r.

2. Ustala się, że posiedzenie odbędzie się w Księżu w związku z V Polsko-Niemieckim Sympozjum „Zrozumieć przeszłość. Kształtować przyszłość”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**UCHWAŁA Nr 12/11/VI
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 13 maja 2011 r.**

**w sprawie powołania Zespołu ds. monitorowania sytuacji
pracowniczej w ochronie zdrowia**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708), co następuje:

§ 1.

Powołuje się zespół ds. monitorowania sytuacji pracowniczej w ochronie zdrowia w składzie:

- 7) Zbigniew Brzezina – Przewodniczący
- 8) Mariusz Janikowski
- 9) Marek Jodłowski
- 10) Julian Wróbel
- 11) Stefan Sobczyński
- 12) Tomasz Romańczyk
- 13) Zdzisław Szramik

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 9/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 maja 2011 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie
oświaty oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nadesłanym przez Szefa Kancelarii Sejmu przy piśmie z dnia 29 kwietnia 2011 r., znak: GMS-WP-173-85/11, zgłasza następujące uwagi do ww. projektu:

Naczelna Rada Lekarska popiera działania zmierzające do zapewnienia opieki przedlekarskiej i profilaktyki zdrowotnej, w tym stomatologicznej, uczniom szkół publicznych. Działania takie, zwłaszcza w zakresie opieki stomatologicznej, są zbieżne z zaleceniami zorganizowanej przez Światową Organizację Zdrowia VII Międzynarodowej Konferencji na Temat Promocji Zdrowia i były postulowane przez samorząd lekarski.

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej nałożenie na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązku finansowania zadań w zakresie profilaktyki zdrowotnej i opieki przedlekarskiej uczniów – przy braku zapewnienia na to zadanie dodatkowych środków – uzasadnia obawy, iż doprowadzi to do zmniejszenia poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej objętych obecnie kosztyem świadczeń gwarantowanych. Powyższe powinno w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej skutkować dofinansowaniem zadań przewidzianych w projekcie z budżetu państwa.

Projektodawca nie przedstawił również projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, które powinno zostać wydane na podstawie art. 27 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na skutek zmiany tego

przepisu w projektowanej ustawie, a które powinno szczegółowo precyzować realizację proponowanych w opiniowanym projekcie rozwiązań.

W związku z koniecznością odpowiedniego wyposażenia tworzonych gabinetów profilaktyki zdrowotnej i opieki przedlekarskiej wątpliwości budzi nadto zawarte w uzasadnieniu projektu stwierdzenie, iż jego wejście w życie nie spowoduje żadnych dodatkowych obciążeń budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Narodowy Fundusz Zdrowia w zawieranych ze świadczeniodawcami umowach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie uwzględnia poniesionych przez te podmioty wydatków na odpowiednie, wymagane przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz ogólnymi warunkami umów, wyposażanie i dostosowanie pomieszczeń, w których udzielane mają być świadczenia. Tym samym organizacja tj. utworzenie i wyposażenie gabinetów obciąża finansowo szkoły lub ich organy założycielskie.

Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska pragnie podnieść, iż wprowadzenie projektowanego rozwiązania wymagać będzie zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników medycznych, podczas gdy na rynku pracy już obecnie dostrzegalny jest niedobór lekarzy pediatrów oraz pielęgniarzek. Powyższe uwagi wskazują, że choć idea wyrażona w projekcie jest słuszna, to sam projekt niedopracowany byłby trudny do wprowadzenia.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 10/11/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 maja 2011 r.**

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach
lekarza i lekarza dentysty (przygotowanego przez
Sejmową Komisję Nadzwyczajną „Przyjazne Państwo”)**

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przygotowanym przez Sejmową Komisję Nadzwyczajną „Przyjazne Państwo”, nadesłanym przez Szefa Kancelarii Sejmu przy piśmie z dnia 13 kwietnia 2011 r., znak: GMS-WP-171-72/11, popiera w całości nadesłany projekt ustawy.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz

**STANOWISKO Nr 11/11/ VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 13 maja 2011 r.**

**w sprawie propozycji przejścia przez samorząd lekarski
organizacji szkolenia w zakresie umiejętności**

1. Naczelna Rada Lekarska z zainteresowaniem i zadowoleniem przyjmuje propozycję Ministerstwa Zdrowia zawartą w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Andrzeja Włodarczyka (znak MZ-NSK-0762-27047-1/AKO/11 z dnia 8 kwietnia 2011 r.) przejścia przez samorząd lekarski organizacji szkolenia w zakresie umiejętności. Realizacja ustawowego zadania izb tj. prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy jest szczególnie istotna, bowiem przy braku pomocy ze strony Państwa, lekarze mają utrudniony dostęp do różnych form kształcenia podyplomowego, bądź jest ono dla nich zbyt kosztowne.

2. Naczelna Rada Lekarska uważa, że ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich jednoznacznie określa zasady podziału terytorialnego okręgowych izb lekarskich.

3. Naczelna Rada Lekarska nie widzi możliwości sfinansowania przejścia szkolenia w zakresie umiejętności ze składek członkowskich.

SEKRETARZ
Mariusz Janikowski

PREZES
Maciej Hamankiewicz



LIPIEC

15-17.07.

Ogólnopolski Tenisowy Turniej Lekarzy III Memoriał dr. Tomasza Teresińskiego, Zamość, Andrzej Semczuk, 601 715 700, Janusz Kawałko, 696 066 100, Ryszard Krawiec, (84) 638 58 80, OIL Lublin

30.07.

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2011”, Bieszczady, Maria Szuber, (17) 853 58 37, 607 365 537, OIL Rzeszów

SIERPIEŃ

13.08.

II Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie (1/2 dystansu olimpijskiego – sprint), Sandomierz, Jacek Łabudzki (41) 362 13 81

26-28.08.

VII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy, OIL Łódź, Włodzimierz Dłużyński, 691 75 86 27

WRZESIEŃ

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim, Bydgoska Izba, Marek Jedwabiński, 663 33 33 77, jedmar@ozzl.org.pl, Witold Hryniewicz, 602 43 28 92, rynce@logonet.com.pl

2-4.09.

XXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy, Giżycko, Bogdan Kula, 607 229 601,

Kula_ol@poczta.onet.pl, Warmińsko-Mazurska Izba

2-4.09.

Ogólnopolski Turniej Lekarzy w Tenisie Ziemnym, OIL Zielona Góra, Józef Safian, 601 511 361

3.09.

zastępczy 10.09. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim pod patronatem NIL, przy współpracy Śląskiej i Beskidzkiej Izby Lekarskiej, Marek Paściak, 693 583 232, Janusz Lewandowski, 606 235 361

8-11.09.

IX Igrzyska Lekarskie, Zakopane-Nowy Targ, Izabela Jachymiak, 606 340 275

17.09.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB „Michałki 2011”, Wieleń, Tomasz Kaczmarek, 672 561 550, OIL Kraków

17-18.09.,

zastępczy 24-25.09. Zlot Motocyklowy Lekarzy w formule open, Baranów Sandomierski, Mariusz Janikowski, 601 406 830, OIL Kraków

18.09.

XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie, Gniezno, Wojciech Łącki, 602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl, Wielkopolska Izba

24.09.

X Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym, Kujawsko-Pomorska Izba, Aleksander Skop, 604 267 343, skalek@poczta.onet.pl, Zbigniew Kula, 606 464 455, zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl

PAŹDIERNIK

I Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy. Ogólnopolska Impreza – przy operacji muzyka. Zgromadzenie z całej Polski muzykujących lekarzy, Wielkopolska Izba, Katarzyna Bartz-Dylewicz (61) 852 58 60

14-16.10.

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym, OIL Warszawa, Krzysztof Makuch, 608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org, Aleksander Skop, 604 267 343, skalek@poczta.onet.pl

15.10.

Wernisaż. Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny „Koło życia”, OIL Częstochowa, Anna Żelechowska, 608 283 685

X Mistrzostwa Polski

Medyków w Strzelectwie Sportowym, Lech Dziezic, 602 778 317

16.10.

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie, Wielkopolska Izba, Wojciech Łącki, 602 244 817, wojciechlacki@poczta.onet.pl

23-28.10.

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim”, OIL Łódź, Iwona Szelewa, (42) 683 17 91 w. 110

LISTOPAD

10-13.11.

XIV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, OIL Łódź, Janusz Malarski, 501 113 211

19.11.

Jubileusz 20-lecia Olsztyńskiego Chóru Lekarzy „Medici pro Musica”, Warmińsko-Mazurska Izba, Aleksandra Bakun, 502 071 853

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2011”, OIL Rzeszów, Zbigniew Bober, 508 202 626, (17) 853 58 37

GRUDZIEŃ

3.12.

I Halowe Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym, Bydgoska Izba, Zbigniew Kula, zbigniew.kula@co.bydgoszcz.pl, Aleksander Skop, 604 267 343, skalek@poczta.onet.pl



Przekształcić albo



Począwszy od 1 lipca publiczne zakłady opieki zdrowotnej będą zobowiązane

- * do przekształcania się w spółki kapitałowe.
- * Obowiązek ten będzie jednak dotyczył jedynie placówek, które mają problemy finansowe.

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA

NZOZ Centrum Medyczne Enel-Med z Warszawy przekształciło się w spółkę akcyjną, wchodzi na giełdę i chce z niej pozyskać miliony. – Dopuszczamy nowych właścicieli i chcemy pokazać, również prezesowi NFZ, że to ścieżka dla każdego – podkreśla Adam Rozwadowski, prezes zarządu spółki i przedstawiciel Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia. Choć sam zastanawia się, czy można to nazwać prywatyzacją, czy raczej inwestycją

w jednostki publiczne przy współpracy z prywatnymi, wierzy w sukces przedsięwzięcia.

Kiedy Krzysztof Kłos, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie, obejmował to stanowisko w 2005 r., szpital nie miał zysku. Dzięki głębokiej restrukturyzacji, ustawie o finansach i pomocy samorządu województwa udało się uzyskać dodatni wynik finansowy. Problemem stał się natomiast kredyt bankowy, ale tzw. plan B był okazją, aby pozbyć się zadłużenia.

Od lipca ubiegłego roku szpital jest zarządzany przez spółkę prowadzącą NZOZ, która przejęła pracowników i osiąga zysk. Dyrektor popadł w konflikt z likwidatorem, nie jest już prezesem zarządu spółki, ale podkreśla, że NZOZ z formułą spółki to był strzał w dziesiątkę.

Janusz Krakowian, wicestarosta częstochowski, opowiada o Szpitalu w Błachowni Prywatnej Prychodni Lekarskiej, niegdyś publicznym zakładzie należącym do starostwa. – Jako organ założycielski w 2009 r. mieliśmy do wyboru: spółkę powiatową z gminami, spółkę pracowniczą, dzierżawę i sprzedaż. Wybraliśmy dzierżawę. Mimo poważnego ograniczenia

W Polsce dominuje pogląd, że prywatne firmy mogą nas ubierać, żywić, ale nie leczyć.

zlikwidować



Na temat przekształceń publicznych placówek ochrony zdrowia dyskutowano podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego, który odbył się w maju w Katowicach.

FOT.: JAKUB NOWAK

kontraktu, o około 18 proc., bieżąca działalność NZOZ się bilansuje. Trwają prace remontowe i inwestycje, bez angażowania środków publicznych. Nie rozumiem, dlaczego w Polsce dominuje pogląd, że prywatne firmy mogą nas ubierać, żywić, a nie mogą leczyć. Naczelny Sąd Administracyjny wydał orzeczenie wskazujące na brak przesłanek, aby podmiot prywatny mógł zapewnić ciągłość świadczeń. Na złożenie zażalenia mamy dwa lata, ale zastanawiamy się, czy jest to nasz problem. My likwidację już zakończyliśmy. Spłaciliśmy długi publicznego zakładu. Problem byłby wtedy, gdybyśmy nie zakończyli likwidacji – dodaje wicestarosta.

Czy jest się czego bać?

Opowiadający o przekształceniach podmiotach patrzą w przyszłość jaśniej od tych, których przekształcenia dopiero czekają. Ci drudzy obawiają się, że – zgodnie z zapisem w ustawie o działalności leczniczej – jednostki publiczne będą musiały pokrywać ujemny wynik finansowy we własnym zakresie. Martwi ich wchodząca niebawem w życie regulacja, zgod-

nie z którą jeśli tego nie zrobią, będą musieli zmienić formę organizacyjno-prawną albo zlikwidować jednostkę.

Wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia Beata Małecka-Libera uspokaja, że przekształcenia mogą się odbywać ze stuprocentowym udziałem samorządu terytorialnego, a rząd daje szansę tym, którzy mają problem finansowy. Podkreśla, że ustawa o działalności leczniczej jest po to, aby pomóc w elastycznym i efektywnym zarządzaniu. Przekształcenie szpitali w spółki kapitałowe daje możliwość zawierania umów między samorządami a podmiotami prywatnymi, istotne będzie więc negocjowanie ich warunków. – Dla mnie zdrowie to jeden z najważniejszych czynników regulujących postęp gospodarczy – mówi Beata Małecka-Libera.

Bolesław Piecha, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, nie

OZZL będzie namawiał lekarzy, aby skorzystali z przekształceń i walczyli o godne warunki swojej pracy.

zgadza się z jej poglądem. – To, że rynek jest najważniejszy, to mit. Czy ktoś powierzył rynkowi kapitał ludzki, do którego zalicza się zdrowie? Nie – mówi, dodając, że rynkiem rządzi podstawowa zasada: cena generuje podaż i popyt. – Jest bardzo dużo takich szpitali, a nikt drzwiami i oknami tam nie wchodzi! Nie konkuruje się ceną, tylko jakością – podkreśla.

Dla lekarzy?

Przekształcenia to temat nie tylko dla menedżerów ochrony zdrowia, ale również dla personelu medycznego, któremu w ich wyniku mogą się zmie-

nić się forma zatrudnienia i warunki pracy. Dyskusja na temat formy, czyli umów cywilnoprawnych i umów o pracę wśród lekarzy i lekarzy dentyistów trwa od lat, podobnie jak dyskusja o oszczędnościach wprowadzanych dzięki redukcji personelu medycznego i administracji przy dotychczasowych przekształceniach. Wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej z pewnością tę dyskusję zaostrzy. OZZL będzie

namawiał lekarzy, aby skorzystali z przekształceń i walczyli o godne warunki pracy. Samorząd zawodowy będzie monitorował sytuację w jednostkach i zadba, aby lekarze nie pozostali po takiej walce bez środków do życia. ●



Autorka jest rzecznikiem prasowym NIL

Testowanie e-Recepty

Prototypowy system e-Recepta ma być testowany do września. Potem zostanie przekształcony w program pilotażowy.

MARIOLA MARKLOWSKA-DZIERŻAK

Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) zdecydowało się na wdrożenie prototypu systemu w Lesznie i powiecie leszczyńskim. Uruchomiono go w połowie marca, jednak faktyczna realizacja recept w postaci elektronicznej nastąpiła dopiero w maju, po zainstalowaniu systemu w uczestniczących w projekcie placówkach opieki zdrowotnej oraz

przeszkoleniu pracujących w nich lekarzy i farmaceutów.

W ciągu dwóch pierwszych tygodni mają pacjenci zrealizowali ponad 5 tys. recept w postaci elektronicznej. W testowaniu prototypowego systemu e-Recepta uczestniczy 19 podmiotów – 15 aptek, dwie duże przychodnie (NZOZ PK Serce Sp. z o.o.

i Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventritulus”) i dwa gabinety lekarskie. Wkrótce liczba uczestników eksperymentu powinna się zwiększyć. – Po ostatnim spotkaniu w Lesznie chęć przystąpienia do programu wyraziły kolejne 22 podmioty. Jesteśmy w trakcie rozmów z nimi i szkolenia pracowników – poinformował „GL” Kajetan Wojsyk, zastępca dyrektora ds. informatycznych Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

Wątpliwości pozostały

Lekarze i farmaceuci opowiadają się za wdrożeniem systemu elektronicznej recepty. Doskonale zdają sobie sprawę, ile korzyści może przynieść, również finansowych. – Gdyby działał system elektroniczny, można by uniknąć wielu błędów będących konsekwencją ręcznego wypisywania recept – podkreśla w rozmowie z „GL” Tadeusz Bąbelek, prezes Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Wraz z uruchomieniem prototypu pojawiło się jednak wiele wątpliwości, głównie natury prawnej, które skutecznie zniechęciły lekarzy i aptekarzy do jego testowania. Dlatego spośród około 50-60 aptek

Największe obawy budzą brak należytej ochrony danych osobowych oraz szczegółowe informacje na temat leków wydawanych pacjentom.



działających na terenie Leszna i powiatu leszczyńskiego do projektu zgłosiło się zaledwie 15. Zainteresowanie wśród placówek ochrony zdrowia było jeszcze mniejsze.

– W ustawie Prawo farmaceutyczne zawarta jest precyzyjna informacja na temat przekazywania danych umieszczonych na receptach. Zgodnie z art. 103 pkt 4a wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie na prowadzenie apteki, jeśli dane te zostaną przekazane innemu podmiotowi niż NFZ i inspekcja farmaceutyczna. A projekt e-Recepta wprowadza trzeci podmiot, niewymieniony w ustawie – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – mówi Tadeusz Bąbelek.

Z prośbą o wyjaśnienie swoich wątpliwości Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska zwróciła się już pod koniec marca do Głównego Inspektora Farmaceutycznego i Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. – Zapytaliśmy, czy aptekarze będą pociągani do odpowiedzialności za przekazywanie danych CSIOZ – mówi prezes wielkopolskiej izby, dodając, że NFZ nie odpowiedział wcale, a GIF poinformował wymijająco, że „przygląda się tej sprawie”. Podobne pytanie samorząd aptekarski zadał niedawno Wojewódzkiemu Inspektorowi Farmaceutycznemu w Poznaniu. Na nie również nie otrzymał odpowiedzi.

– W związku z tym zaleciliśmy aptekarzom daleko idącą ostrożność – mówi Tadeusz Bąbelek.

Informatyzacja jest potrzebna

Przemysław Kozanecki, przewodniczący Delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Lesznie, nie ma najmniejszych wątpliwości, że informatyzacja w ochronie zdrowia jest konieczna i nie uciekniemy przed nią. Jednak jego opinia na temat prototypowego systemu e-Recepta wdrażanego w Lesznie i powiecie leszczyńskim jest krytyczna. – Moje osobiste zdanie jest zbliżone do stanowiska prezesa Bąbelka – mówi Przemysław Kozanecki.

Trudno mu zrozumieć, dlaczego zamiast kupić licencję na tani, sprawdzony system działający np. w Wielkiej Brytanii, „budujemy drzwi do lasu, które będziemy później wyłamywać lub obchodzić”.

– Dla mnie, lekarza, drukowanie recept to rzecz trywialna i drugorzędna. Dużo ważniejsza jest możliwość otrzymania zwrotnej informacji, czy między wypisywanymi przeze mnie lekami nie zachodzą niebezpieczne interakcje. Znam fizyczne możliwości telekomunikacyjne dla mojego miejsca pracy w terenie (wiejski POZ) i jestem przekonany, że wiele czasu upłynie, zanim technicznie – bo informatycznie to inna bajka, i też nie tak oczywista – system e-Recepty będzie w stanie mi to zapewnić – mówi szef Delegatury WIL w Lesznie.

Lekarze oczekują, że system pozwoli im zaoszczędzić czas przeznaczony na ordynowanie leków.

Czymś, co budzi jego największe obawy – poza brakiem należytej ochrony danych osobowych, na co zwracają uwagę farmaceutyci – są szczegółowe informacje na temat leków wydawanych pacjentom. – Dane na temat tego, co aptekarz sprzedaje, komu, za ile i w jakiej ilości, są bardzo wartościowe pod względem marketingowym. Istnieje ryzyko handlowania nimi – dzieli się swoimi obawami Przemysław Kozanecki.

Nikt nie mówił, że będzie łatwa

Zapytaliśmy Leszka Sikorskiego, dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy jest zadowolony z dotychczasowych efektów wdrażania prototypu systemu. – Zawsze można być bardziej zadowolonym, ale nikt nie mó-

wił, że to będzie łatwa praca – odpowiedział dyr. Sikorski, dodając, że to dopiero pierwsza faza projektu, który będzie jeszcze realizowany przez kilka miesięcy. W rozmowie z „GL” przyznał, że w miarę wdrażania prototypu systemu rodzi się wiele pytań i wątpliwości. – To dobrze, że wszyscy kładą duży nacisk na ochronę danych osobowych i wrażliwych. Zapewniam jednak, że nie ma obaw o ich przetwarzanie. Sądzę, że po ostatnich spotkaniach w Lesznie i Poznaniu udało nam się rozwiązać te wątpliwości. Na razie podstawą wydawania leków jest recepta papierowa, elektroniczna funkcjonuje równoległe z nią – tłumaczy Leszek Sikorski.

Z relacji dyr. Sikorskiego wynika, że uczestnicy tych spotkań (oba zostały zorganizowane w maju) byli zainteresowani udziałem w testowaniu prototypu systemu. Farmaceutyci zamierzają go wykorzystać jako narzędzie do realizacji opieki farmaceutycznej, natomiast lekarze oczekują, że będzie dla nich przyjazny i pozwoli im zaoszczędzić czas przeznaczony na ordynowanie leków.

– Chcą mieć jednak pewność, że zgłaszający się do nich pacjenci są ubezpieczeni – mówi dyr. Sikorski. – Zapisaliśmy sobie te postulaty, ponieważ docelowo muszą zostać uwzględnione – dodaje.

Od prototypu do pilotażu

Testowanie prototypu systemu elektronicznego e-Recepta w Lesznie i powiecie leszczyńskim potrwa do września. Po zakończeniu tego projektu, w oparciu o płynące z jego realizacji wnioski, zostanie opracowany program pilotażowy. Ma on być realizowany w szerszym zakresie niż prototyp, prawdopodobnie w kilku miejscach w Polsce. Gdzie konkretnie – tego jeszcze nie wiadomo.

– Mamy nadzieję, że po ogłoszeniu wyników testowania prototypu lekarze i farmaceutyci będą się zgłaszać sami – podsumowuje wicedyrektor CSIOZ Kajetan Wojsyk.

Wdrożenie systemu recepty elektronicznej w całym kraju planowane jest w 2014 r. ●

Prawo do odmowy pob

Sytuacje, w których policja żąda od lekarza przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych dotyczą najczęściej pacjentów podejrzewanych o popełnienie przestępstwa drogowego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających.

JUSTYNA ZAJDEL

W myśl ustawy prawo o ruchu drogowym (dalej UPoRD) podstawową metodą zbadania zawartości alkoholu w organizmie jest pomiar stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu. Zgodnie z art. 126 ust. 1 UPoRD badanie w celu ustalenia zawartości w organizmie alkoholu przeprowadza się przy użyciu urządzeń elektronicznych dokonujących pomiaru stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu. Jeżeli stan osoby uniemożliwia przeprowadzenie badania przy użyciu urządzeń elektronicznych, stężenie alkoholu w organizmie można określić poprzez wykonanie badania krwi lub moczu – art. 126 ust. 2 UPoRD. Brak możliwości przeprowadzenia badania może wynikać na przykład ze stanu zdrowia kierowcy, stanu psychicznego, upojenia alkoholowego lub spożycia środków odurzających.

Analogiczne zasady odnoszą się do badań osób kierujących pojazdami mechanicznymi w stanie po użyciu środków odurzających. Zgodnie z art. 127 ust. 1 UPoRD badanie w celu ustalenia w organizmie obecności środka działającego podobnie do alkoholu przeprowadza się przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego. W sytuacji, gdy (...) stan osoby podlegającej badaniu uniemożliwia jego przeprowadzenie metodą niewymagającą



Autorka jest adiunktem w Zakładzie Prawa Medycznego UM w Łodzi

badania laboratoryjnego (...) ustalenie obecności środka działającego podobnie do alkoholu następuje na podstawie badania krwi lub moczu – art. 127 ust. 2 UPoRD.

W praktyce pojawiają się wątpliwości, czy osoba, która ma zostać poddana zabiegowi pobrania krwi musi wyrazić na niego zgodę czy też badanie może zostać przeprowadzone mimo braku zgody lub w przypadku wyrażenia sprzeciwu. Kwestię tę rozwiązuje art. 126 ust. 3 UPoRD, zgodnie z którym badanie w celu ustalenia zawartości w organizmie alkoholu może być przeprowadzone również w razie braku zgody kierującego, o czym należy go uprzedzić. Analogiczną regula-

osób kierujących pojazdami w stanie nietrzeźwym należy podkreślić znaczenie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej UoPA). Zgodnie z art. 47 ust. 1 UoPA jeżeli zachodzi podejrzenie, że przestępstwo lub wykroczenie zostało popełnione po spożyciu alkoholu, osoba podejrzana może być poddana badaniu koniecznemu do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, w szczególności zabiegowi pobrania krwi. Przepis ten pozwala na pobranie krwi od kierowcy, co do którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że popełnił wykroczenie lub przestępstwo w stanie po spożyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości. W takiej sytu-

Decyzję o odstąpieniu od wykonania zabiegu pobrania krwi podejmuje lekarz.

cję zawiera art. 127 ust. 2 UPoRD, w myśl którego badanie w celu ustalenia obecności w organizmie środka działającego podobnie do alkoholu może być przeprowadzone również w razie braku zgody kierującego, o czym należy go uprzedzić. Oznacza to, że w przypadku, gdy kierujący pojazdem podejrzewany jest o spożycie alkoholu lub użycie środków odurzających, zabieg pobrania może zostać wykonany wbrew jego woli.

Analizując kwestie dotyczące pobierania materiału biologicznego od

acji krew może zostać pobrana także w przypadku wyrażenia przez kierowcę wyraźnego sprzeciwu na wykonanie zabiegu. Zasady przeprowadzania zabiegów pobrania krwi u osób podejrzewanych o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia drogowego w celu określenia stężenia alkoholu w krwi określa rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartość alkoholu w organizmie (dalej RwSWPB). Jeżeli osoba, która ma zostać podda-

rania krwi

W przypadku wykonania zabiegu pobrania oraz w przypadku odstąpienia od wykonania zabiegu lekarz ma obowiązek sporządzić protokół.

na zabiegowi pobrania krwi stawia fizyczny opór, możliwe jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Zastosowanie przymusu koniecznego do wykonania zabiegu (na przykład unieruchomienia) jest obowiązkiem organu zlecającego przeprowadzenie pobrania (np. policji, która doprowadza kierowcę do szpitala). W publicznych i resortowych zakładach opieki zdrowotnej oraz izbach wytrzeźwień zabieg pobrania krwi może wykonać lekarz lub na zlecenie lekarza personel pielęgniarski. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz poza placówkami medycznymi (np. w ramach prywatnej praktyki lekarskiej) zabieg pobrania krwi od osoby, co do której istnieje uzasadnione podejrzenie, że popełniła przestępstwo po spożyciu alkoholu może wykonać wyłącznie lekarz. Jeśli pobranie krwi może spowodować zagrożenie życia lub zdrowia, uprawniony podmiot powinien podjąć decyzję o odstąpieniu od zabiegu (par. 5 ust. 5 RwSWPB). Zagrożenie życia lub zdrowia może wynikać ze stanu zdrowia pacjenta (na przykład z powodu skazy krwotocznej), a także może mieć związek z jego zachowaniem, które uniemożliwia

lub istotnie utrudnia wykonanie zabiegu. Decyzję o odstąpieniu od wykonania zabiegu pobrania krwi podejmuje lekarz, oceniając stan zdrowia pacjenta i możliwość bezpiecznego wykonania zabiegu z zastosowaniem przymusu bezpośredniego.

Zarówno w przypadku wykonania zabiegu pobrania, jak i w przypadku odstąpienia od wykonania zabiegu lekarz ma obowiązek sporządzić protokół.

UWAGA! Zabieg pobrania krwi nie może zostać wykonany przymusowo u osób, które są podejrzewane o popełnienie innego wykroczenia lub przestępstwa niż przestępstwo drogowe popełnione przez osobę będącą pod wpływem alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu.

W przypadku popełnienia innego przestępstwa niż przestępstwo drogowe, pobranie krwi może zostać wykonane wbrew woli osoby, która popełniła przestępstwo jedynie wówczas, gdy taka osoba ma status podejrzanego lub skarżonego. Poniżej zamieszczono definicje osoby podejranej i oskarżonej.

Podejrzany – za podejrzanego uważa się osobę, co do której wydano postanowienie o przedstawie-

niu zarzutów albo której bez wydania takiego postanowienia postawiono zarzut w związku z przystąpieniem do przesłuchania w charakterze podejrzanego – art. 71 par. 1 k.p.k.

Oskarżony – za oskarżonego uważa się osobę, przeciwko której wniesiono oskarżenie do sądu, a także osobę, co do której prokurator złożył wniosek o warunkowe umorzenie postępowania – art. 71 par. 2 k.p.k.

Lekarz ma prawo odmówić wykonania zabiegu pobrania krwi u osób doprowadzonych przez policję w następujących sytuacjach:

- pacjent będący pod wpływem alkoholu lub narkotyków podejrzewany jest o popełnienie wykroczenia lub prze-

stępstwa innego niż wykroczenie lub przestępstwo drogowe i wyraża sprzeciw na pobranie krwi,

- stan zdrowia pacjenta podejrzewanego o popełnienie wykroczenia lub przestępstwa drogowego uniemożliwia przymusowe przeprowadzenie zabiegu pobrania krwi w celu określenia stężenia alkoholu lub środków odurzających,
- zachowanie pacjenta podejrzewanego o popełnienie wykroczenia lub przestępstwa drogowego uniemożliwia lub utrudnia przymusowe przeprowadzenie zabiegu pobrania krwi w celu określenia stężenia alkoholu lub środków odurzających. ☉

R E K L A M A

Podróże małe i duże

* Pozostawanie w łączności i w zgodzie
z powołaniem zapewniają nam liczne gadzety.

KRYSTYNA KNYPL

Wyczerpani codzienną pracą, debatami nad przyszłością zawodu lekarza, nieświeżymi perspektywami naszych praktyk postanawiamy na jakiś czas rzucić to wszystko i odpocząć. Sezon zwany kiedyś ogórkowym, odzwierciedlający domniemaną nudę okresu wakacyjnego, to dziś historyczne pojęcie.

Flashpacker, czyli kto?

Sposób spędzania urlopu zmienił się diametralnie w ciągu minionego dwudziestolecia. Praktycznie nikt nie może sobie pozwolić na zamknięcie gabinetu czy przychodni na całe wakacje, starannie więc planujemy grafik obowiązków i decydujemy się wyskoczyć na raczej krótszy niż dłuższy wypoczynek. Choć teoretycznie możemy wybierać między wędkowaniem na Madagaskarze a trekkingiem w Nepalu, to jednak nie da się całkowicie oderwać od spraw codziennych toczących się tu i teraz. Na szczęście pozostawanie w łączności i w zgodzie z powołaniem zapewniają nam liczne gadzety elektroniczne. Powstała nawet nowa filozofia podróżowania zwana flashpackingiem, zgodnie z którą najważniejsze jest posiadanie odpowiednich zestawów nowoczesnych „zabawek”.

Jedna z definicji nowego sposobu podróżowania mówi, że jeżeli „zabawki” elektroniczne, które bezwzględ-

nie musisz mieć ze sobą, ważą więcej niż ubrania zabrane w podróż, to jesteś flashpackerem. Jeśli zawsze zabierasz laptop, telefon komórkowy, iPod, aparat fotograficzny, kamerę wideo, dodatkową pamięć USB, słuchawki, a twój sprzęt ma rozpoznawalne marki, przy tym podróżujesz raczej samolotem niż innymi środkami lokomocji, zawsze zatrzymujesz się tylko w hotelu zapewniającym stały dostęp do internetu, to zachodzi poważne podejrzenie, że jesteś flashpackerem.

Miłośnicy elektronicznych gadżetów są przywiązani do swoich zabawek i dbają o nie. W czasie wakacji zagrożenie utratą któregoś z elementów wyposażenia jest większe niż na co dzień, dlatego trzeba zachować czujność i bezustannie pilnować sprzętu.



Autorka jest doktorem nauk medycznych, internistą – hipertensjologiem

Dobrym rozwiązaniem jest stosowanie zabezpieczeń z serii packsafe. Co do telefonów komórkowych, to nowsze modele są wyposażone w program pozwalający na zlokalizowanie utraczonej lub zagubionej komórki, zablokowanie jej, a nawet wykasowanie danych w niej zapisanych. Warto poznać zasady takiej ochrony.

Wyposażenie w nowoczesny sprzęt elektroniczny to tylko zewnętrzny objaw, a najważniejsze jest niewidoczne dla oczu. Flashpacker jest niezależny, samodzielny, unika z góry ustalonych tras i często podróżuje w pojedynkę. Każdy, kto zrobił choć jedno dobre zdjęcie wie, że nie da się udanie fotografować, prowadząc towarzyską po-

gawędkę! Nie da się napisać artykułu, książki, symfonii, ba, nawet prostej piosenki, prowadząc nieprzerwane życie towarzyskie. Wszelka twórczość wymaga samotności. Czują to wszyscy twórcy, mali i duzi.

Flashpacker jest trochę starszy od spotkanego na drodze backpackera, ale w sprawie wieku nie można niczego przesądzać, w podróży bowiem równie dobrze można spotkać 80-letniego backpackera, jak i 20-letniego flashpackera. Na marginesie nie sposób nie zacytować tu pewnego stwierdzenia na temat wieku: To tylko kwestia decyzji.

Oba typy podróżnicze wybierają te same trasy, chętnie kierując się na Bali lub do Bangkoku, Brazylii czy Argentyny. Choć co do wyboru trasy mam pewne wątpliwości, czy istotnie musi to być egzotyczny kierunek podróży. Pojechałam jakiś czas temu do Bydgoszczy w związku z wygłaszanym tam wykładem. Miasto, przez swą odmienność architektoniczną od centralnej Polski, okazało się ciekawym plenerem fotograficznym. Miałam chwilami wrażenie, że jestem za granicą, tym bardziej że co rusz musiałam pytać o drogę. W miejscowej galerii handlowej kupiłam fajne upominki dla rodziny, a powróciwszy do hotelu zajęłam się pisaniem i przenoszeniem zrobionych zdjęć z aparatu do laptopa. W krajowej podróży oddawałam się więc podobnym zajęciom, jak podczas zagranicznych wояży. Odkryłam, że w flashpackingu chodzi tak naprawdę o to, aby móc pobawić się swoimi elektronicznymi zabawkami poza domem! W definiowaniu fla-

*Praktycznie nikt nie może
sobie pozwolić
na zamknięcie gabinetu
czy przychodni na całe
wakacje.*

shpackera podkreśla się jeszcze dwie kwestie: powinien on mieć nieco więcej pieniędzy (co nie oznacza, że jest bogaczem lub utracjuszem) oraz mniej czasu niż backpacker.

Zgodnie z nową filozofią podróżowania najważniejsze jest posiadanie odpowiednich zestawów nowoczesnych „zabawek”.

Jest wiele sposobów podróżowania i prawdopodobnie każdy podróżny ma swój własny styl. Większość wybiera podróże grupowe, zorganizowane przez wyspecjalizowane biura i takie osoby nazywałabym raczej turystami niż podróżnikami. Podróżnicy mogą się łączyć w grupy, ale od turystów odróżnia ich indywidualność trasy.

Aspekty medyczne

Często jesteśmy proszeni o opinie i poradę przed podróżą. Nierzadko jest tak, iż pacjent ma dawno wykupione egzotyczne wczasy, walizki są ważne na lotnisku, a w ostatniej chwili potrzebne jest tylko lekarskie błogosławieństwo na drogę. Nie należy ulegać presji i wydawać akceptujących opinii pod naciskiem okoliczności, w dzisiejszych bowiem nieprzyjaznych naszej profesji czasach może to mieć niekorzystny ciąg dalszy.

Zazwyczaj nie mamy odpowiednio dużo czasu zarówno do namysłu, jak i uzupełnienia wiadomości w kwestiach zdrowotnych związanych z nietypową podróżą. Zdarzają się jednak osoby zasięgające porady z wyprzedzeniem. Jedna z moich pacjentek zwróciła się z prośbą o poradę w sprawie planowanego za kilka miesięcy wyjazdu do Tybetu. Zebrałam dokładny wywiad, podczas którego dowiedziałam się, że przebyła przed dwoma laty chorobę wysokościową podczas wyprawy do Cusco. Bardzo zła tolerancja wysokości była powodem poszukiwania opinii na temat bezpieczeństwa ewentualnej ponownej podróży. Poprosi-

łam pacjentkę o zgłoszenie się za kilka dni, a sama w tym czasie uzupełniłam wiedzę w zakresie medycyny podróży. Dłuższe poszukiwania w internecie zaowocowały dotarciem do opracowania, z którego dowiedziałam się, że przebycie choroby wysokościowej jest poważnym czynnikiem zwiększającym ryzyko jej ponownego pojawienia się przy następnej podróży. Pacjentka powiadomiona o takiej perspektywie zrezygnowała z wyprawy.

Inna okoliczność podróżnicza to zagrożenie powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi. Niedawno ukazało się bardzo dobre opracowanie prof. J.R. Bartholomewa i wsp. na łamach „Cleveland Medical Journal of Medicine” (2011,78,2,111), podsumowujące wszystkie aspekty zagrożenia tymi powikłaniami. Poza oczywistymi, o których wszyscy wiemy (zaburzenia układu krzepnięcia, choroba zakrzepowo-zatorowa w wywiadzie, dłuższe unieruchomienie, przebyty zabieg chirurgiczny) są też takie czynniki ryzyka, które uchodzą naszej uwadze. Prof. J.R. Bartholomew i wsp. wymieniają starszy wiek (podwyższone ryzyko zaczyna się po czterdziestce i systematycznie wzrasta), BMI > 30 kg/m², stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej, a także wzrost poniżej 165 lub powyżej 185 cm, ponadto czas trwania pojedynczego lotu dłuższy niż 8-10 godzin, liczne loty, z których przynajmniej jeden trwa co najmniej 4 godziny, liczne krótkie loty w ciągu jednego dnia lub co najmniej trzy loty w ciągu tygodnia.

A jednak podróżujemy

Podróże to marzenia, olśnienia, wspomnienia – atrakcyjna i kolorowa strona medalu. Jest też druga strona, mniej barwna i związany z nią niepokój, zagrożenie niebezpieczeństwem oraz niepewność, jaka towarzyszy każdemu podróżnikowi. A jednak w wyobraźni wszystkich wyruszających w podróż przeważają te atrakcyjne, optymistyczne barwy, bo lotniska pękają w szwach, a każdego dnia nad ziemią przelatuje kilkadziesiąt samolotów.

Na koniec życzenia. Dróg wyłącznie szczęśliwych, a powrotów bezpiecznych, bo przecież nie ma jak w domu! ☉

ZAGADKA WAKACYJNA

Wakacyjny charakter tego numeru skłonił mnie do rozciągnięcia nieformalnej atmosfery również na publikowaną zwykle w tym miejscu rubrykę „Rozszyfruj receptę”. Przedstawiam więc napis, jaki sfotografowałam w czasie jednej z moich wypraw. Chmara serc wokół słowa, które należy odgadnąć, wprowadza patrzącego w dobry nastrój oraz sugeruje, że słowo to jest związane z manifestacją uczuć. Prezentowane do tej pory zagadki zwykle były związane z medycyną, co ułatwiało rozszyfrowanie dzięki znajomości fachowej terminologii. Zamieszczony swego czasu wierszyk o poradach stołowych też jest dość znany. Tym razem nie dysponujemy takimi dodatkowymi pomocami, możemy jedynie przeprowadzić dokładną analizę grafologiczną poszczególnych liter. Zwykle wiem, jakie jest prawidłowe rozwiązanie zagadki, tym razem jest inaczej – sama jestem ciekawa treści napisu. Przyglądałam się temu słowu dość długo, mam kilka pomysłów, ale nie jestem pewna, na który się zdecydować. W historii rubryki nie zdarzyło się jeszcze, żeby zagadka pozostała nierozwiązana, wierzę więc, że i tym razem ktoś dostarczy twardych i przekonujących argumentów na poparcie swojego wyniku. Ponieważ odgadnięcie napisu nie wymaga wiedzy medycznej, zaproszę swoich najbliższych do pomocy. Liczę na Wasze umiejętności!
Kolejną laureatką zostaje dr Katarzyna Beniowska – gratuluje i czekam na e-mail z adresem pocztowym, na który prześlemy nagrodę książkową. Rozwiązania wakacyjnej zagadki oczekuję pod adresem krystyna.knypl@com-pi.net.pl



Spotkanie ze sztuką piękna i barw

Łódź stała się stolicą polskiego malarstwa lekarzy. Od 9 lat w pięknej siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej co roku organizowana jest Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy.

ALICJA NARUSZEWICZ-PETRENKO

Wernisaż, który odbył się w słoneczną niedzielę 29 maja, zaprezentował 150 prac 44 autorów z całej Polski oraz dwóch koleżanek z zagranicy – z Mediolanu i Kopenhagi. Obrazy wykonane były w różnych technikach malarskich i przedstawiały różną tematykę. Jak zwykle, wystawa cieszyła się dużym zainteresowaniem, na jej otwarciu przybyło ponad 200 osób, wśród nich autorzy z różnych stron (najliczniej stawiła się Warszawa). Otworzył ją, witając artystów i gości, kierownik łódzkiego Klubu Lekarza Andrzej Święs, w towarzystwie wiceprezesa ORL Lesława Pypcia.

W hallu witają goście uroczne rysunki tuszem Stefana Welbela z Warszawy, miniatury kwiatów Mieczysława Filipczaka ze Zgierza oraz delikatne pastele Grażyny Szukalskiej z Poznania. Dwie sale zostały ciasno wypełnione sztalugami z pięknymi obrazami. Trudno było uwierzyć, że ich twórcy to amatorzy. Tematyka dzieł była różnorodna, dominowały pejzaże, kwiaty, portrety i architektura, mniej licznie prezentowano dzieła abstrakcyjne. Wśród pejzaży wyróżniłabym „Nad czarną” Włodzimierza Cerańskiego i „Park w Sichowie” Zofii Buchowskiej-Musiak. Malownicze morskie pejzaże wyszły spod pędzla Justyny Kowalskiej z Kopenhagi.

Z przyjemnością oglądałam pejzaże Anny Boszko, Jolanty Gradus czy „Łazienki Królewskie” Reginy Antczak-Rutkowskiej, a także urokliwy „Zmierzch” Inezy Kozłowskiej-Rogalskiej. Obrazy przedstawiające architekturę to „Dawna Piotrkowska” i „Dawny zaułek” Jadwigi Wardęckiej-Borysiewicz. Dzieła Zbigniewa

***Wzorem lat ubiegłych,
oceny wystawionych prac
dokonała publiczność
w formie plebiscytu.***

Maciejewskiego to pełne ekspresji „Duch lasu” i „Błask nieba”. Ruiny zamków Krystyny Skupień budziły refleksje nad przemijaniem i upływem czasu.

Tematem wielu obrazów były kwiaty. Piękne „Irysy” Edwarda Dyrkacza, przypominające malarstwo van Gogha, „Mój ogród” Małgorzaty Stach, pełne uroku „Petunie” i „Wiosenne Kwiaty” Wiktorii Mikulskiej. Podobał mi się pełen ekspresji „Irys” Anny Grzybowskiej oraz fantazje kwiatowe Elżbiety Śliwy. Inna tematyka to „Cyganka” Mieczysława Siecha, iskrzące się „Madonny”



Jolanty Kuszańskiej-Szmudy, pastele „Nostalgia” i „Szepty nocy” Agnieszki Tomczak-Wardęgi. Portrety według znanych, cenionych malarzy prezentowała Więcesława Poprawska. Trudno nie wspomnieć o pięknym portrecie „Oczy Matki” Reginy Antczak-Rutkowskiej. Oczarował mnie błękitny tetrptyk Jolanty Kaflńskiej-Wasiak. Lubię obrazy, w których autor przedstawia nie tylko to, co widzi, ale także



FOT.: SŁAWOMIR GRZANEK

to, co czuje. W pastelach Zofii Dramińskiej-Machowskiej „Portret namalowany przez żonę” rozpoznaliśmy znanego i lubianego aktora.

Wzorem lat ubiegłych, oceny wystawionych prac dokonała publiczność w formie plebiscytu. Laureatem w kategorii ogólnopolskiej (z pominięciem artystów z Łodzi) został Tadeusz Wolski z Warszawy, autor trzech pięknych aktów oraz portretu „Iwona”. Drugie miejsce przypadło Janinie Mandys-Gatti z Mediolanu za piękny tryptyk poświęcony makom. W kategorii łódzkich autorów zwyciężyły prace Alicji Naruszczyk-Petrenko, obrazy abstrakcyjne „Ulotność” i „Labirynt niepokoju” oraz „Dokąd...” i „Życie – podróż ku...”, efekt refleksji nad życiem i przemijaniem. Drugą nagrodę otrzymała Małgorzata Majewska-Kawińska za drgające barwami i światłem pejzaże miejskie „Bratysława” i „Amsterdam VI”. Prezentowane na wystawie obrazy przedstawiały różny poziom artystyczny, ale zarówno prace dojrzałe, a były one w przeważającej większości, jak i obrazy naiwne dawały możliwość rozmiłowania się w malarstwie. Doroczne wystawy organizowane przez łódzką OIL dają malującym lekarzom możliwość zaprezentowania szerokiemu gronu „owoców” swojej pasji, świadczącej o wrażliwości na piękno otaczającego świata. ☉

Okiem Eskulapa

W Domu Lekarza w Katowicach odbył się 3 czerwca uroczysty finał ogłoszonego przez Śląską Izbę Lekarską II Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”.

ANNA ZADORA-ŚWIDEREK

Jury pod przewodnictwem Justyny Szklarczyk-Lauer, dziekan Wydziału Projektowego Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach, spośród 261 nadesłanych zdjęć 75 autorów, lekarzy z całej Polski, wybrało 20 najlepszych prac, które zostały nagrodzone w trzech kategoriach: „Oczy widzą, serce czuje”, „Człowiek w obiektywie” i „Istota szczegółu”.

Jury przyznało także swoją nagrodę specjalną dla najlepszego zdjęcia w konkursie. Otrzymała ją dr Daria Dziechcińska z Gliwic za pracę pt. „Zapatrzoną”.

Fundatorami nagród byli: organizator konkursu Śląska Izba Lekarska, Naczelna Izba Lekarska, burmistrz Mikołowa i Elektrownia PKE S.A. Jaworzno 3. Nagrody w imieniu organizatora konkursu wręczał laureatom prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach Jacek Koza-

kiewicz wraz z Jackiem Tętnowskim, przewodniczącym Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji NRL, Adamem Zawiszowskim, wiceburmistrzem Mikołowa oraz Zbigniewem Łabno, przedstawicielem Elektrowni Jaworzno 3.

Finał uświetnili swoimi występami lekarze muzykujący, członkowie Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach: Elżbieta Janowska-Drong, Lidia Netczuk i Grzegorz Góral. ☉



Laureaci i organizatorzy II Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego „Okiem Eskulapa”.

LAUREACI KONKURSU

Nagroda specjalna

„Zapatrzoną”,
Daria Dziechcińska z Gliwic

Kategoria

„Oczy widzą, serce czuje”

I miejsce: Tryptyk, Maciej Hamankiewicz z Będzina

II miejsce: Bez tytułu, Waldemar Krzywiania z Węgrowa

III miejsce: „Jestem”, Eugeniusz Januszek z Chorzowa

Równorzędne wyróżnienia

- „Widziałem. Wzruszony wysłałem”, Jan A. Sagan z Kędzierzyna-Koźła
- „Norwegia 1 i 2”, Justyna Kotas-Strzoda z Katowic

- „Jaka to melodia”, Wojciech Rokicki z Zabrze

Kategoria

„Człowiek w obiektywie”

I miejsce: „Tryptyk”, Daria Dziechcińska z Gliwic

II miejsce: „Kanał”, Jarosław Woźniak (Kraków, Katowice)

III miejsce: „Lizbona”, Wojciech Wróbel z Katowic

Równorzędne wyróżnienia

- „Mam problem”, Krystyna Skupień z Rybnika
- „Spojrzenie”, Stanisław Mysiak z Katowic
- „Mężczyzna z Pienzy”, Agnieszka Piotrowska z Katowic

- „Wobec wielkości”, Adrian Kowalik z Bierunia

Kategoria

„Istota szczegółu”

I miejsce: Tryptyk, Jacek Stypuła z Kielc

II miejsce: Tryptyk „Lawa”, Krystyna Skupień z Rybnika

III miejsce: Dyptyk „Lustrzane obrazy”, Jan A. Sagan z Kędzierzyna-Koźła

Równorzędne wyróżnienia

- Bez tytułu, Waldemar Krzywiania z Węgrowa
- Tryptyk „Przy brzegu”, Zygmunt Niedźwiedz ze Szczecina
- Tryptyk „Pajęczyna”, Jerzy Grzegorzewski z Płocka

Wielka muzyka lekarских chórów

Owacjami na stojąco zakończyło się wspólne wykonanie „Missa Sancti Nicolai in G” Józefa Haydna przez chóry lekarzy na Festiwalu „Ave Maria” w Czeladzi.

KATARZYNA STRZAŁKOWSKA



Jak ci polscy lekarze mogą pięknie leczyć ludzi, skoro tak pięknie śpiewają! – zachwycał się dyrektor artystyczny Festiwalu Sławomir Pietras.

Siły głosów – pod dyktando Ryszarda Handke – połączyli lekarze z izb lekarskich z: Olsztyna – chór „Medici pro Musica”, Szczecina – chór „Remedium”, Warszawy – chór „Medicantus” i Katowic – chór „CAMES”. Partie solowe wykonali: Maria Rozynek – sopran, Marta Panfil – mezzosopran, Kornel Maciejowski – tenor, Eryk Rymanowski – bas.

Lekarzom-chórzystom towarzyszyły Orkiestra Kameralna Lekarzy „Operacja Muzyka” z Poznania oraz Orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Przedstawiciele środowiska lekarskiego w imieniu organizatorów, w tym Naczelnej Izby Lekarskiej i Śląskiej Izby Lekarskiej, powitał ks. kan. Jarosław Wolski. Serdecznie przywitał m.in. poseł Beatę Małecką-Liberę, prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego, wiceprezesa PTL Jerzego Dosiaka, wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie – Krzysztofa Makucha, przewodniczącego Komisji Sportu i Kultury NRL – Jacka Tętnowskiego i Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach – Grzegorza Górala.

Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej Jacek Kozakiewicz dziękował lekarzom-artystom za to, że dali pełny

wyraz więzi, którą jest sztuka i medycyna. – Ta operacja muzyka była szczególnie udana – podkreślił, wręczając pamiątkowe dyplomy. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz podziękował przybyłym z różnych stron lekarzom-chórzystom, podkreślając znaczenie takiego spotkania w integrowaniu środowiska lekarskiego i cytując wiersz Tymona Zaborowskiego (1799-1828):

*O Muzyko! złudzeniu i duszy, i zmysłów
Nie – ty nie jesteś tworem śmiertelnych
umysłów,*

*Dziełem Boga na ziemi albo czleka w niebie
Raz człowiek, grając, tobą naśladuje siebie,
Znowu śpiewając, ciebie naśladuje sobą;
Tyś jest jego pociechą, tyś jego ozdobą,
Czy nutę składa, czy zatapia się w nutcie –
Czucie Muzykę wznosi, a Muzyka czu-
cie.*

Autorka jest rzecznikiem prasowym NIL

CHÓRY LEKARSKIE

„**Medici pro Musica**”, Olsztyn – działa od 20 lat pod patronatem Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Skupia 30 lekarzy różnych specjalności. Dyrygent: Małgorzata Wawruk. Koncertował w Szwecji, Niemczech, Włoszech, na Litwie. W ubiegłym roku na Międzynarodowym Festiwalu Pieśni Adwentowej w Pradze zdobył „Srebrne pasmo”.

„**Remedium**”, Szczecin – powstał w 1998 r., od roku 1999 pod auspicjami Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie i liczy 20 lekarzy różnych specjalności. Dyrygent: prof. Ryszard Handke. Brał udział w koncertach w Poznaniu i Olsztynie oraz w Bremie, Berlinie i Wilnie. W 2003 r. nagrał swoją pierwszą samodzielną płytę, w 2007 r. nagrał płytę wspólnie z Chórem Pomorskiej Akademii Medycznej.

„**Medicantus**”, Warszawa – chór Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, powstał jesienią 2009 r. Dyrygent: Beata Herman. W styczniu 2010 r. zdobył II nagrodę pod-

czas festiwalu „Kolędowe Serce Mazowsza”. „**CAMES**” (Cantus Medici ex Silesia), Katowice – chór Śląskiej Izby Lekarskiej, powstał jesienią 2009 r. Dyrygent: Dorota Dzielak-Szczepan. W lutym 2011 r. nagrał płytę z wykonaniem hymnu Śląskiej Izby Lekarskiej.

Orkiestra Kameralna Lekarzy „Operacja Muzyka” – powstała w 2006 r. i działa przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu. Skupia kilkunastu lekarzy różnych specjalności i studentów medycyny. Dyrygent: Dobrochna Martenka. Koncertowali w kraju i za granicą, również z Europejską i Światową Orkiestrą Lekarzy.

Orkiestra Kameralna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – powstała w 2007 r., w oparciu o studencki kwintet smyczkowy, wzbogaćony brzmieniem fortepianu. Obecnie zespół powiększono o sekcję dętą i oprócz utworów kameralnych gra muzykę symfoniczną. Dyrygent: Beata Herman.



Prezes warszawskiej ORL – Mieczysław Szatanek – przekazał buławę symbolizującą przewodnictwo stowarzyszeniu samorządów dziekanowi Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie Ziemisławowi Gintowtowi.

Rodzinny piknik integracyjny

W Starej Miłosnej, w miejscu stacjonowania Szwadronu Kawalerii Kompanii Honorowej Wojska Polskiego, 4 czerwca odbył się II Rodzinny Piknik Integracyjny samorządów zawodów zaufania publicznego.

RYSZARD GOLAŃSKI

Głównym organizatorem spotkania był prezes zarządu Fundacji Lekarskiej Pro-Senior Andrzej Surowiecki, przy współudziale prezesa ORL w Warszawie Mieczysława Szatanka i wiceprezesa Krzysztofa Makucha. W pikniku uczestniczyli przedstawiciele następujących samorządów zawodów zaufania publicznego: lekarskiego (OIL w Warszawie i w Płocku oraz Wojskowej Izby Lekarskiej), aptekarskiego, pielęgniarek i położnych, architektów, adwokatów, radców prawnych, inżynierów budownictwa i komor-

ników. W trakcie imprezy prezes warszawskiej ORL Mieczysław Szatanek przekazał buławę symbolizującą przewodnictwo stowarzyszeniu samorządów dziekanowi Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie Ziemisławowi Gintowtowi. Medale im. dr. Jerzego Moskwy, pierwszego prezesa ORL w Warszawie, otrzymali: mgr inż. Mieczysław Grodzki, dr Andrzej Surowiecki oraz szef Klubu Lekarza w Warszawie dr Tadeusz Pawlikowski.

Piękna, słoneczna, wręcz upalna pogoda towarzyszyła spotkaniu towarzyskiemu, jakim był piknik, ale

Dla najmłodszych przygotowano najwięcej atrakcji. Na zdjęciu najwyższa w Polsce pneumatyczna ściana wspinaczkowa.



Upalna pogoda towarzyszyła zawodom sportowym, licznym koncertom i zabawom na świeżym powietrzu. Na zdjęciu zakończył mecz turnieju siatkówki.

FOT.: RYSZARD GOLAŃSKI



Dzieci bardzo chętnie korzystały z zorbingu, pokonując łąkę we wnętrzu ogromnej, pneumatycznej kuli.

także zawodom sportowym, licznym koncertom oraz zabawom na świeżym powietrzu. Miłośnicy muzyki szantowej mieli okazję posłuchać świetnego zespołu „Klipper” z Radomia. Egzotycznie i interesująco wystąpiła węgierska orkiestra „Rajko”. Dzieci z zainteresowaniem przyglądały się zespołowi „Iwona Biedrona Show”. Oglądaliśmy także zespół DHL w strojach piratów oraz występ Marleny Drozdowskiej. Ostatnim artystycznym akcentem pikniku był świetny koncert Golec uOrkiestra.

W turnieju siatkarskim zwyciężyła drużyna inżynierów budownictwa, drugie miejsce zajęli lekarze, trzecie pielęgniarze, czwarte radcy prawni.

Najbardziej zadowolonymi, wręcz szczęśliwymi, uczestnikami pikniku były dzieci. Dla nich też przygo-

towano najwięcej atrakcji: najwyższą w Polsce pneumatyczną ścianę wspinaczkową, miasteczko survivalowe, ekspozycję sprzętu bojowego, zorbing, czyli pokonywanie łąki we wnętrzu ogromnej, pneumatycznej kuli oraz możliwość zdalnego sterowania modelami samochodów. Nie brakowało też amatorów przejażdżki na kucykach.

Nie sposób wymienić wszystkich atrakcji, które przygotowali organizatorzy dla licznie przybyłych uczestników pikniku. Pomysł na integrację, świetną wspólną zabawę i rodzaj rodzinnego festynu z pewnością się sprawdził.

Organizatorom serdecznie gratuluję, inne izby zachęcam do przygotowywania podobnych wydarzeń, a od siebie mogę dodać: do zobaczenia za rok, przyjadę z wnukiem. ☺

Na mazurskich trasach

Z niecierpliwością czekałem na
* otwarcie tegorocznego sezonu
motocyklowego.

GRZEGORZ KRZYŻANOWSKI



FOT.: J. HARYTM

Na swój zlot uczestnicy DoctoRRiders wybrali Stare Sady k. Mikołajek. Jego organizatorami w dniach 12-15 maja byli Tomek Widawski-Longus i Jacek Owczarczyk-Smutny, wspierani przez Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską, za co Ani Lelli i Markowi Zabłockiemu serdecznie dziękuję.

Dzień dojazdowy był dość dobry, ale nazajutrz padał deszcz i było tylko 10 st. C. Nie przeszkodziło nam to jednak ruszyć w trasę. Wspierając akcję Mazury – Cud Natury, pojechaliliśmy do Giżycka na spotkanie z panią burmistrz Jolan-tą Piotrowską, zwiedziliśmy port jachtowy EkoMarina, dalej Boyen, XIX-wieczną twierdzę – łyk historii i wspaniała grochówka. Powrót, przesiadka na statki i fantastyczna zabawa w Mikołajkach przy dźwię-

kach doskonałych kapel; jedna złożona z lekarzy, druga Komp – dali cza-du. Następny dzień to kolejna mazurska trasa. Wilczy Szaniec, Kętrzyn, Święta Lipka – bazylika i grany dla nas koncert organowy (jak one brzmią!) wprawiły nas w nastrój zadumy i melancholii. Powrót do Robert's Port Hotel z paradą w Mragowie, prowadzoną przez policję i miejscowy klub motocyklowy V Boyen. Wieczorem przyjęliśmy kolejnych członków i sympatyków, rozdaliśmy nagrody. Niedzielny powrót, choć w fatalnych warunkach, był bezkolizyjny – brawo!

Cały czas towarzyszyła nam prasa i telewizja, która kręciła reportaży o drugiej pasji lekarzy, jaką są motocykle. Dla mnie największym „rajdersem” był czteroletni Kubuś, który z wielkim zadowoleniem i bez cienia

zmęczenia przebył całą trasę w koszu motocykla taty.

Kolejny raz wymśnienicie sprawdził się organizatorzy, tym razem Longus i Smutny. Zakwaterowanie, dobór tras, kapeli i cała oprawa zlotu były zapięte na przysłowiowy ostatni guzik. WIELKIE DZIĘKI! Zloty to doskonała okazja do integracji naszego środowiska.

– To wielki zaszczyt być z wami. Jesteście jedyni, niepowtarzalni i tworzycie klimat, jakiego nie ma na żadnych zlotach – powiedział Waldi, Prezydent Klubu Motocyklowego Lotor z Gdańska, nasz przyjaciel i sympatyk.

PS Serdeczne podziękowania dla dr Doroty i całego personelu SOR-u w szpitalu w Giżycku. Lekarz lekarzowi PRZYJACIELEM – tak trzymać! ☺



Mistrzowskim rozgrywkom w siatkówce plażowej sprzyjała wyjątkowo piękna pogoda.

Siatkarskie pojedynki na wietrze

KRZYSZTOF MAKUCH

Wiatr, tak pożądany przez żeglarzy, w wielu dyscyplinach sportu jest istotną przeszkodą. Mogli się o tym przekonać uczestnicy V Mistrzostw Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej w Niechorzu.

Impreza była okazją do rewanżu za niedawne Mistrzostwa w Siatkówce Halowej w Poznaniu i tradycyjnie zgromadziła całe rodziny lekarskie, których część przyjechała już ponad tydzień wcześniej.

Rywalizacja odbywała się w czterech kategoriach: pań, open panów, par miksowych oraz panów powy-

żej 45. roku życia. W kategorii open i mikst rywalizowano w grupach, natomiast w kategoriach pań i +45 każdy z każdym. Pierwszą damą mistrzostw została Elżbieta Buszkiewicz-Nowak, rezydentka z chorób wewnętrznych Kliniki Pulmonologii UM w Poznaniu, zdobywczyni dwóch złotych medali – w kategorii pań z Izabelą Kuciel-Polczak, stażystką medycyny z Dąbrowy Górniczej oraz w kategorii mikst z Rafałem Pustelnikiem, specjalistą ortopedii z Centrum Ortopedycznego w Rothenburgu (Saksonia). Rafał wyrównał rekord Eli, dokładając złoto w prestiżowym turnieju open w parze z Michałem Leśnikowskim, internistą Szpitala PAX w Polanicy-Zdrój. Tym samym obronił zeszłoroczny tytuł.

W kategorii +45 lat złoto zdobyli gorale żywieccy – broniący tytułu Grzegorz Sapeta (onkolog z Bielska-Białej) z Krzysztofem Makuchem rezydującym w Warszawie. Zwyciężyli po emocjonującym finale z odwiecznymi rywalami Łódzkiej Izby Lekarskiej (4. miej-

sce na Mistrzostwach Świata Medyków w 2010 r.): Markiem Druchem, zastępcą ordynatora interny z Pabianic i Andrzejem Redlickim, ordynatorem Stacji Dializ firmy Eurodial w Wieluniu, naczelnym fotografem zawodów sportowych.

Najważniejsza była jednak rodzinna atmosfera. Chwała organizatorom za wspaniałą organizację imprezy, wzorowe sędziowanie i gościnność Dworku Prawdzic. Na dodatek sprzyjała nam wyjątkowo upalna jak na czerwiec aura, umożliwiając kąpiel w Bałtyku.

Organizatorem zawodów, które odbyły się w dniach 9-12 czerwca, była OIL w Szczecinie. Wspomagał ją animator „plażówki” w Niechorzu Maciej Mrożewski, wspierany przez szczecińskich siatkarzy – Macieja Lewandowskiego i Cezarego Sieranta.

Na początku lipca w Las Palmas Mistrzostwa Świata Medyków, gdzie nasi lekarze bronić będą złota z „plażówki” i srebra w siatkówce halowej, a we wrześniu igrzyska lekarskie w Zakopanem i kolejna okazja do rewanżu. ☉

POZOSTAŁE WYNIKI ZAWODÓW NA STRONIE WWW.NIL.ORG

OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ZIELONEJ GÓRZE

ORGANIZUJE W WOSiR w DRZONKOWIE

W DNIACH 2-4 WRZEŚNIA BR. (OD PIĄTKU DO NIEDZIELI).

ZGŁOSZENIA: JÓZEF SAFIAN, TEL. KOM. 601511361;

BIURO OIL, TEL. (68) 320 79 00, 509 396 025.

ŻEGLARSKIE WYJAZDY

SEKCJA ŻEGLARSKA GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

JAK CO ROKU ZAPRASZA LEKARZY I ICH RODZINY NA

TYGODNIOWE WYJAZDY ŻEGLARSKIE. W WAKACJE WYRUSZYMY DO NORWEGII. MOŻLIWOŚĆ ZEBRANIA STAŻU

DO STOPNI ŻEGLARSKICH. SZCZEGÓŁY NA:

WWW.ZAGLE.GUMED.EDU.PL (ZAKŁADKA: NOWE REJSY),

E-MAIL: ZAGLE@GUMED.EDU.PL, TEL. 661 61 04 61.

KOMUNIKAT DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ WE WROCŁAWIU

W SPRAWIE „PROGRAMU MULTIPIN AEGON LOKATA”. PROSIMY KOLEŻANKI I KOLEGÓW, KTÓRZY JESIENIĄ 2007 R. ZA POŚREDNICTWEM SKOK IZB LEKARSKICH ZACIĄGNĘLI KREDYT NA ZAKUP USŁUG OFEROWANYCH PRZEZ AEGON TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A ZA POŚREDNICTWEM WARSZAWSKIEGO SERWISU FINANSOWEGO O PILNY KONTAKT Z DR. JACKIEM CHODORSKIM, TEL. 694 716 550.

VII OGÓLNOPOLSKI MOTOCYKLOWY ZŁOT LEKARZY „DOCTORRIDERS” 2011

ODBĘDZIE SIĘ W DNIACH 26-28.08.BR. W OŚRODKU „DRESSO” (WWW.DRESSO.PL) W SULEJOWIE K. PIOTRKOWA TRYB. INFORMACJE, ZGŁOSZENIA NA ZŁOT ORAZ REZERWACJA NOCLEGÓW POD ADRESEM: OIL W ŁODZI, UL. CZERWONA 3, 93-005 ŁÓDŹ ELŻBIETA SADURA, E-MAIL: DOCTORRIDERS@OP.PL, ELA.SADURA@HIPOKRATES.ORG, WWW.OIL.LODZ.PL, LINK DOCTORRIDERS. W ZGŁOSZENIU PROSZĘ WPISAĆ: IMIĘ, NAZWISKO, NR LEGITYMACJI, DATĘ URODZENIA, ADRES ZAMIESZKANIA, MIEJSCE PRACY, SPECJALIZACJĘ, TELEFON I MAIL KONTAKTOWY, MARKĘ MOTOCYKLA, ROK PRODUKCJI ORAZ DANE OSOBY TOWARZYSZĄCEJ. ORGANIZATOR ZAPEWNI: WYŻYWIENIE ZŁOTOWE, WIECZORNE SPOTKANIA, KONKURSY, KONCERT, OCHRONĘ. OŚRODEK DYSPONUJE POKOJAMI 2-, 3- I 4-OSOBOWYMI ORAZ DOMKAMI MINIMUM 2+3 (MOŻLIWE 3+4). TERMIN REJESTRACJI UCZESTNIKÓW ZŁOTU: 26.08.BR. OD GODZ. 12.00. ORGANIZATORZY: MOTOCYKLOWY KLUB LEKARZY DOCTORRIDERS.

SPROSTOWANIE

W ARTYKULE „PRZYSZŁOŚCIĄ JEST ONKOLOGIA SPERSONALIZOWANA” AUTORSTWA LUCYNY KRYSIAK, OPUBLIKOWANYM W NR. 6 (246) „GAZETY LEKARSKIEJ” Z CZERWCA 2011 R. ZNALAZŁA SIĘ INFORMACJA NIEPRAWDZIWA. NIE JEST BOWIEM PRAWDĄ TWIERDZENIE, ŻE NA ZGODĘ NA LECZENIE W RAMACH TZW. CHEMIOTERAPII NIESTANDARDOWEJ W POMORSKIM ODDZIALE NFZ CZEKA SIĘ PÓŁ ROKU. W RZECZYWISTOŚCI TAKIE ZGODY WYDAJE SIĘ NA POMORZU „OD RĘKI”. PRAGNĘ PONADTO POINFORMOWAĆ, ŻE ŻADNA ZE ZGÓD WYDANYCH PRZEZ POMORSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ W IV KWARTALE UBIEGŁEGO ROKU NIE ZOSTAŁA ZAKWESTIONOWANA PRZEZ MINISTERSTWO ZDROWIA.

MARIUSZ SZYMAŃSKI, RZECZNIK PRASOWY POMORSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ W GDAŃSKU

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Naszego Wspaniałego Kolegi i Przyjaciela

**Śp. prof. dr. hab. n. med.
Jacka Puchały**

*Rodzinie i najbliższym składamy głębokie wyrazy współczucia
Zarząd oraz członkowie Polskiego Towarzystwa Leczenia Oparzeń*

SCHORZENIA WIEKU PODESZŁEGO LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ I JEJ ZESPÓŁ DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW ZAPRASZAJĄ NA KONFERENCJĘ SZKOLENIOWĄ POŚWIĘCONĄ SCHORZENIOM WIEKU PODESZŁEGO LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW, ORGANIZOWANĄ POD PATRONATEM PREZESA NAJWYŻSZEJ RADY LEKARSKIEJ MACIEJA HAMANKIEWICZA 16 WRZEŚNIA BR. (PIĄTEK) W CENTRUM EDUKACYJNYM „SZKLANY DOM” W CIEKOTACH K. KIELC, W SERCU GÓR ŚWIĘTOKRZYSKICH. W DNIU NASTĘPNYM, TJ. 17 WRZEŚNIA, PROPONUJEMY WYCIECZKI NA ŁYSICĘ I ŚWIĘTY KRZYŻ. GWARANTUJEMY WYSOKI POZIOM KONFERENCJI ORAZ ATRAKCYJNE SPĘDZENIE CZASU! PROSIMY O PRZESYŁANIE ZGŁOSZEŃ DO 31 LIPCA BR., Z ZAZNACZENIEM KTO CHCE SKORZYSTAĆ Z NOCLEGU Z: 15/16, 16/17 LUB 17/18 WRZEŚNIA, NA ADRES: SEKRETARIAT@SIL.APSNET.PL LUB UL. WOJSKA POLSKIEGO 52, 25-389 KIELCE, Z DOPISKIEM „KONFERENCJA CIEKOTY”. MOŻLIWA JEST REZERWACJA NOCLEGÓW W HOTEŁACH, PENSJONATACH LUB GOSPODARSTWACH AGROTURYSTYCZNYCH W ZRÓŻNICOWANEJ CENIE.

UWAGA! UCZESTNICTWO W KONFERENCJI ORAZ W IMPREZACH TOWARZYSZĄCYCH JEST BEZPŁATNE. UCZESTNICY POKRYWAJĄ TYLKO KOSZTY NOCLEGÓW. WSZELKIE INFORMACJE NA TEMAT KONFERENCJI MOŻNA UZYSKAĆ W ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBIE LEKARSKIEJ, TEL. (41) 362 13 81.

ORGANIZATOR: DR JAN LECHICKI.

PROGRAM

9.00-9.10 OTWARCIE KONFERENCJI I POWITANIE – PREZES ORL ŚIL JANUARY LEWANDOWSKI
9.10-9.20 WYSTĄPIENIE PREZESA NRL MACIEJA HAMANKIEWICZA
9.20-9.45 JAN LECHICKI – OMÓWIENIE ANKIETY PRZEPROWADZONEJ WŚRÓD LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

9.45-10.15 PROF. MARIANNA JANION, DR N. MED. AGNIESZKA JANION-SADOWSKA – NIEWYDOLNOŚĆ KRĄŻENIA U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU
10.15-10.35 PROF. BEATA WOŻAKOWSKA-KAPŁON, DR N. MED. ELŻBIETA JASKULSKA-NIEDZIELA – NADCIŚNIENIE TĘTNICZE U OSÓB STARSZYCH

10.35 – 11.00 DR N. MED. JANUSZ SIELSKI – CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA W STARSZYM WIEKU
11.00-11.30 PRZERWA NA KAWĘ I HERBATĘ
11.30-11.45 PROF. STANISŁAW BIENI, DR N. MED. SŁAWOMIR OKŁA – NAJWAŻNIEJSZE SCHORZENIA LARYNGOLOGICZNE W STARSZYM WIEKU
11.45-12.10 DR N. MED. JÓZEF GAWĘDA – CHOROBY STAWÓW KRĘGOSŁUPA W STARSZYM WIEKU
12.10-12.35 DR N. MED. KRZYSZTOF BARTOSZ, LEK. JACEK PALUCH – WY-

BRANE ZAGADNIENIA Z GASTROLOGII GERIATRYCZNEJ
12.35-13.00 DR N. MED. ALICJA DĘBICKA – ZACMA, JASKRA, ZWIRODNIENIE PLAMKI ŻÓLTEJ W STARSZYM WIEKU
13.10-14.00 PRZERWA OBIADOWA
14.00-14.25 DR HAB. N. MED. WIESŁAW KRZYCKA – WYBRANE SCHORZENIA HEPATOLOGICZNE U OSÓB STARSZYCH
14.25-14.50 DR ELŻBIETA PŁĄDER – DEPRESJA U OSÓB STARSZYCH
14.50-15.15 DR N. MED. GRAŻYNA WITCZAK-MAJCHER – CUKRYCZA II TYPU I OTYŁOŚĆ W STARSZYM WIEKU
15.15-15.40 DR N. MED. KRZYSZTOF BIDAS – WYBRANE SCHORZENIA NEFROLOGICZNE W STARSZYM WIEKU
15.40-16.00 DR JAN LECHICKI – CHOROBY STEFANA ŻEROMSKIEGO
16.00-17.00 PROGRAM ARTYSTYCZNY, W TYM:

– MINIKABARET JANA LECHICKIEGO – ARIE OPEROWE MACIEJA WÓJCICKIEGO.
W CZASIE KONFERENCJI W HOLU „SZKLANEGO DOMU” PREZENTOWANA BĘDZIE WYSTAWA FOTOGRAFICZNA „KANADA ZACHODNIA I ALASKA” W OBIEKTYWIE MACIEJA ZARĘBSKIEGO.
WIECZOREM ZAPRASZAMY NA BIESIADĘ ŚWIĘTOKRZYSKĄ.

Alosza Awdiejew opowiada podczas koncertów o dziwnym teatrze w Odessie. Przychodzisz, siadasz przed kurtyną i czekasz: piętnaście minut, dwa kwadranse, godzinę. Wreszcie ktoś zniecierpliwiony zagląda za zasłonę i odkrywa zamiast dekoracji wyczekującą na spektakl drugą część widowni.

Prosto w oczy

» Patrzymy na siebie długo. Na początku wydaje się, że ustawiono przed nami duże lustro, czyhające na nasze reakcje, by w odbiciu pokazać, jak się zachowujemy. Po chwili widzimy jednak, że zwierciadła nie ma i przeglądamy się w twarzach innych, poddani wzajemnej ocenie. Sytuacja jest trudna, ale dość szybko okazuje się, że tamci są w podobnej rozterce, a wśród nich znajduje się nie jedna, ale nawet kilka znajomych osób, do których można pomachać, krzyknąć przez teatralną rampę, a nawet podejść i wymienić się biletowanymi miejscami.

» Dlaczego znaleźliśmy się po dwóch stronach sceny? Czy dokonano podziału publiczności świadomie czy losowo? Czy w życiu nie jest tak, że różne punkty widzenia zależą od roli, jaka przypada nam w udziale w wyniku czasami dziwnego zbiegu okoliczności i powiązań osobistych? Dlaczego, obserwując politykę zdrowotną, mamy tak różne spojrzenia i nie potrafimy odnaleźć wspólnych mianowników, mijamy się i nie patrzymy sobie prosto w oczy?

» W moim domu mówienie o dwóch różnych sprawach jednocześnie nazywamy „rozmową równoległą”. Interlokutorzy sprawia-



ją wrażenie dyskusji, sporu, wymiany poglądów, a na samym końcu debaty ze zdziwieniem przyjmują do wiadomości, że każdy został przy swoim zdaniu, bo tak naprawdę słuchał wyłącznie siebie. Codziennie jesteśmy świadkami podobnego zjawiska na łamach prasy, w radiu i telewizji oraz podczas wymiany informacji na internetowych forach. Każdy jest najmądrzejszy na świecie i nikt nikomu dobrowolnie nie przyzna racji, nie pochyli się nad racjonalnością pomysłu konkurenta, z zasady skreślając możliwość współpracy. Wyciągnięte ręce do zgody nie napotykają zapatrzonych w siebie oczu, które uciekają na boki.

» Od dwudziestu dwóch lat na przeciwległych widowniach zasiadają lekarze, którzy decydują o organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Czasem po prawej stronie, czasem po lewej. Są tacy, którzy się już kilka razy przesiedali, dobierając sobie coraz to nowe towarzystwo do wspólnego oglądu toczącego się dramatu scenicznego. Najbarwniejsze ich pomysły na recenzję spektaklu są zawsze w toku kampanii wyborczych. Najczęściej są to rozwiązania proste i przynoszące (zgodnie z ulotką) natychmiastową poprawę stanu ciała i ducha obywateli Rzeczypospolitej.

» I nagle kurtyna ponownie opada. Widzowie się rozdzielają. Nie ma zwierciadeł oczu i każdy zabiera swój program do domu, wrzuca go do szuflady i realizuje zupełnie inne pomysły, albo stwierdza, że przecież nic nie można zmienić w jednej chwili: potrzebny jest czas, nowe mechanizmy, edukacja społeczna i zerwanie z dotychczasowymi przyzwyczajeniami środowiska, elastyczność, umiejętność pozyskania nowych źródeł finansowania, uszczelnienie systemu, nowe otwarcie i starych zamknięcie.

» A czas płynie: piętnaście minut, dwa kwadranse, godzina, dwadzieścia dwa lata. ◎



Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład 159 300 egz.

Redaktor naczelny:

Ryszard Golański

tel. 600 909 382

e-mail: naczelny@gazetalekarska.pl

Kolegium redakcyjne:

Jarosław Wanecki (przewodniczący)

Ryszard Golański

Mariusz Janikowski

Jolanta Małmyga

Wojciech Marquardt

Katarzyna Strzałkowska

Sekretarz redakcji:

Urszula Bąkowska

Tel.: (22) 559 02 67

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Redaktor prowadzący:

Mariola Markłowska-Dzierżak

Tel.: (22) 559 02 63, 606 294 251

e-mail: m.markłowska@gazetalekarska.pl

Dziennikarz:

Lucyna Krysiak

e-mail: l.krysiak@gazetalekarska.pl

Tel.: 661 092 853

Sekretariat:

Elżbieta Mon

Tel.: (22) 559 02 62

e-mail: redakcja@gazetalekarska.pl

Faks: (22) 559 02 61

Redaktor naczelny Biuletynu NRL:

Mariusz Janikowski

Tel.: 600 909 381

Redaktor witryny internetowej

„Gazety Lekarskiej”:

Marta Jakubiak

Stale współpracują:

Jerzy Badoński (Olsztyn)

Stanisław Ciechowicz (Łódź)

Krystyna Knypl (Warszawa)

Anna Lella (Olsztyn)

Justyna Zajdel (Łódź)

Adres redakcji:

00-775 Warszawa, ul. Kondutorska 4

www.gazetalekarska.pl

e-mail: lekarska@hipokrates.org

Projekt graficzny, skład,

druk, kolportaż, reklama:

ringier

axel springer

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 52

Koordinacja wydawnicza: **Alicja Micuła**

Tel.: (22) 232 00 17

e-mail: alicja.micula@axelspringer.pl

Projekt graficzny: **Bogusław Kalwala**

Reklama i ogłoszenia:

Kierownik sprzedaży: **Aldona Ciosek**

Tel.: (22) 232 19 74, 795 146 312

faks +48 (22) 232 55 54

e-mail: aldona.ciosek@axelspringer.pl

Mateusz Gajda

Tel.: (22) 232 05 68, 600 064 140

e-mail: mateusz.gajda@axelspringer.pl

Małgorzata Gałązka

Tel.: (22) 232 18 01, 668 276 630

e-mail: malgorzata.galazka@axelspringer.pl

Magdalena Maj-Nowisz

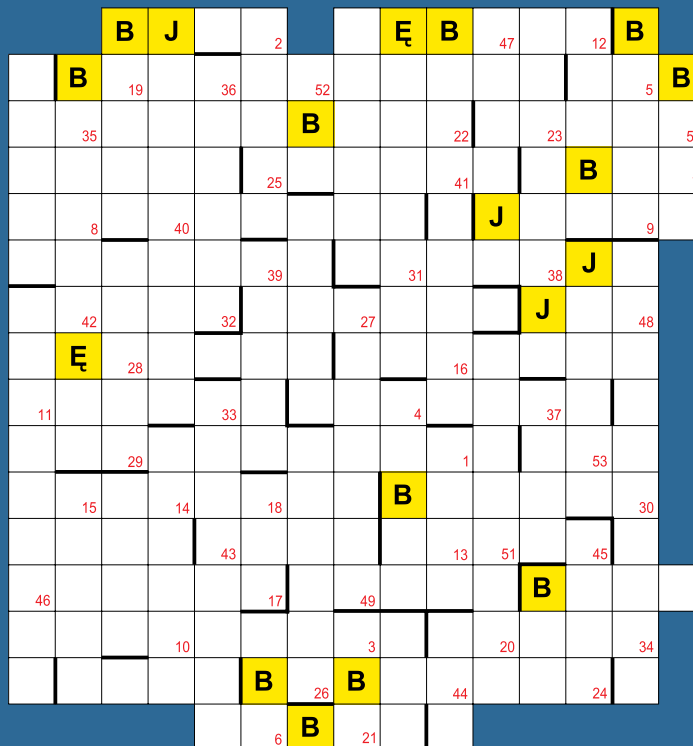
Tel.: (22) 232 17 91, 668 304 346

e-mail: magda.maj-nowisz@axelspringer.pl

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróto, adiacji, zmiany tytułu. Redakcja nie odpowiada za treść reklam - ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2001 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. nr 126,



Jolka lekarska 168



BJER

Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, Ę i J. Na ponumerowanych polach ukryto 53 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej na adres redakcji do 10 sierpnia br. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

• wynalazł szczepienia przeciw ospie • mata judoki • liga Gortata • wynalazł sławną kostkę • pozytonowa tomografia emisyjna • lotnictwo • gród nad Łebą • imię szymbowniczkę Dankowskiej • między selenem a kryptonem • ma 2 żony • mieszka w Bilbao • japońska złotówka • człowiek śniegu • hit Ravela • zatwierdził Hitlera na urząd kanclerza • między siarką a argonem • system radiolokacji i ostrzegania na samolotach • drewniana do prania bielizny • anatom, antropolog i rehabilitant, zginął w powstaniu warszawskim • przepasuje kimono • gra i okrzyk na wygraną • amulet • sen głęboki lub stan przedśpiączkowy • Clark, amant w „Przeminęło z wiatrem” • przedmioty drobne i dekoracyjne • trój- lub czterodźwięki • hydrogenium jodatum • pierwszy z dynastii Komnenów • najmniejsza jednostka informacji • czyni złodzieja • szczur faraona • król Alfreda Jarry • poroże łosia łopatacza • super przed mistrzem, księciem i biskupem • zespolenie • umieszczana wzdłuż okapu • dzielnica z Tarchominem • związek zainicjowany przez Żeromskiego • lina do manewrowania żaglem • Edwin, noblista z 1992 • książęca danina w nierogaciźnie • carska danina z drogich futer • emisja promieniowania • z ryśunkiem i powinszowaniami • Krajeńskie, miłe miasteczko • szlak zjazdowy • jabłko lub gruszka • mądrzejszy od gorola • rzucana pod nogi • partnerka Kalego • nauka o funkcjach organizmów żywych • Pallada • płynie przez Pawię • elektron ujemny • brodzący, czczony w Egipcie • moje pseudo • drobny deszczyk • nakręcił „Złodziei rowerów” • rakotwórczy na dachu • Włoch po włosku • komin wulkaniczny • córka Mahometa • żółty barwnik roślin • organizacja naftowych potentatów • imię Okupnik • nazwa włókien z poliamidu • mierzy dawki promieniowania • nigeryjska metropolia • niewolnik • galena • Elza z buszu • płonie na grobie • patron zespołu z trisomią chromosomu 21

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 166 („GL” nr 5/2011)

Obfite pożywienie hamuje bystrość umysłu. Seneka

Nagrody otrzymują: Jerzy Kwiecień (Mława), Andrzej Nonkiewicz (Zielona Góra), Hubert Siek (Wrocław), Ryszard Smółka (Tarnowskie Góry), Monika Wójtowicz-Harzec (Lublin), Leszek Zalewski (Łęka Opatowska).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązanie są książki wydawnictw: medipage oraz Antoni J. Działkowiak i współpraca wydawnicza Towarzystwo Przyjaciół Sztuk Pięknych w Krakowie („Serce i skalpel” Antoniego J. Działkowiaka). Nagrody prześlemy pocztą.

