



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2013

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 205

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

## „Mimozami jesień się zaczyna...”



Fot. [www.swiatkwiatow.pl](http://www.swiatkwiatow.pl)

*Minął sierpień, minął wrzesień, znów październik i ta jesień...* No właśnie zupełnie, jak w piosence Starszych Panów. Już październik! A jeszcze nie tak dawno wkurzało nas słońce i upały. A teraz melancholia jesienna... Chyba się trochę rozpędziłem. Tym bardziej, że wszyscy zdążyli już po wakacjach ponownie przyzwyczaić się do kierunku codzienności (no... może nie wszyscy).

Wróćmy więc na ziemię! A tu leży przed Wami kolejny numer Biuletynu. Znajdziecie w nim sporo materiałów

o problemach, o których na codzień gorąco dyskutujemy w gabinetach i dyżurkach: e-dokumentacja, kontrakty, pediatria w POZ-cie, itd. itp.

Postarałem się wybrać dla Was z biuletynów izbowych ciekawsze rzeczy na ten temat, więc myślę, że lektura będzie interesująca. Gorąco do niej zachęcam!!! Spotkamy się znowu za miesiąc, a tymczasem...

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

W ostatnich tygodniach (piszę ten tekst przed wyjazdem na urlop czyli w ostatnich dniach sierpnia) na forum mailowym Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich jednym z gorących tematów była sprawa Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza w Bydgoszczy. Otóż Dyrektor tego Szpitala w ciągu ostatnich dwóch lat w ramach polityki oszczędnościowej zwolnił kilku kierowników klinik oraz kilkudziesięciu lekarzy. Tym razem chciał rozwiązać umowy kontraktowe z 4 lekarzami Kliniki Medycyny Ratunkowej, a pozostałym zmniejszyć uposażenie. Wszyscy solidarnie złożyli miesięczne wypowiedzenia. Od 1 sierpnia Klinika ta nie posiadała żadnego specjalisty z medycyny ratunkowej. Dyrektor Szpitala rozesłał pisma do wszystkich Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich z prośbą o przekazanie informacji o posiadanych specjalistach z tej dyscypliny. Żaden z nas na to pismo nie odpowiedział. Dwa dni temu Rektor Uniwersytetu odwołał Dyrektora.

Czemu o tym piszę? Z jednej strony dlatego, że coraz rzadziej obserwujemy solidarność w naszych szeregach.

Coraz częściej dajemy się manipulować i rozgrywać – a za wszystkim stoi niestety aspekt finansowy. Po drugie dlatego, że niestety dyrektorzy wielu jednostek w kraju, przymuszani przez organy założycielskie do tak zwanej racjonalizacji wydatków, zapominają, że ograniczanie zatrudnienia, nakładanie dodatkowych obowiązków, nie wynikających z profilu działalności (redukowanie liczby dyżurnych lekarzy i zmuszanie do objęcia opieką pacjentów innego oddziału czy zmuszanie ordynatorów czy kierowników oddziałów do permanentnego dyżuru pod telefonem w odniesieniu nie tylko do pacjentów danego oddziału) jest brnięciem w ślepią uliczkę. Nierzadko też może to oznaczać narażanie pacjentów na niebezpieczeństwo pogorszenia stanu zdrowia.

Pisząc te słowa zdałem sobie sprawę, że już w drugim kolejnym *Słowie Prezesa* przebiją ton dosyć pesymistyczny. A przecież nasza praca to także wiele momentów, autentycznie przynoszących satysfakcję. Jest nim na przykład prowadzona pod egidą naszej Izby akcja Tony Zdrowia. Na pewno napiszę o niej w kolejnym Biuletynie.

Jerzy JAKUBISZYN



ultrasonografy.pl  
ECHOSON

# SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 21 SIERPNIA 2013 R.

Na wstępie Prezes Jakubiszyn przywitał zebranych i oddał głos Sekretarzowi Rady kol. Lachowi, który przedstawił jeden wniosek o wydanie wtórnika Prawa Wykonywania Zawodu, w związku z jego zagubieniem oraz dwa wnioski o wpisanie na listę członków OIL dwójki lekarzy, przenoszących się z innych Izb (Śląska i Dolnośląska). Rada wszystkie wnioski przyjęła jednogłośnie.

W dalszej kolejności Sekretarz przedstawił wnioski o wydanie Ograniczonego Prawa Wykonywania Zawodu dla odbycia stażu podyplomowego:

## 1) Lekarzom

- Tubek Alina,
- Wasilewska Sonia,
- Drewniak Karolina,
- Cierpiała Ewa,
- Wąsek Radosław,
- Sojka Małgorzata,
- Swacha Anna,
- Pasionek Łukasz,
- Sałatyńska Małgorzata,
- Szczykutowicz Paweł,
- Chowaniec Jacek,
- Markielanis Justyna,
- Gągalski Miłosz,
- Niechciok Dagmara,
- Czachor Aleksandra,
- Ślęzak Agnieszka,
- Sankowska-Kozik Aneta,
- Szymańska Dominika,
- Lenarczyk Barbara,
- Lenarczyk Jarosław;

## 2) Lekarzom dentystom:

- Nowosielski Marcin,
- Malinowski Aleksander,
- Wiecha Anna,
- Brzyska Monika,
- Rogalska Anna,
- Pachowska Aleksandra.

Również i te wnioski Rada przyjęła jednogłośnie.

Następnie kol. Jakubiszyn zapoznał zebranych z wnioskiem firmy Medico-Dent z Kędzierzyna-Koźła, któ-

ra w dn. 28.09.br. przeprowadzi w Kędzierzynie-Koźlu szkolenie dla lekarzy dentystów pt. „Szynowanie zębów z ruchomością będącą wynikiem chorób przyzębia i urazów”. Rada zaakceptowała wniosek i przyznała 4 pkt. edukacyjne.

Ponadto Prezes poinformował, że firma „Psychoedukacja i psychoterapia” zarejestrowana w Małopolskiej Izbie Lekarskiej, przeprowadzi w dn. 6.09.br. szkolenie dla lekarzy dentystów (szkolenie w siedzibie Izby). Rada potwierdziła spełnienie warunków do prowadzenia szkolenia.

W dalszej części zebrania kol. Jakubiszyn przekazał członkom Rady informację, że do Izby nie dotarły żadne nowe wnioski o wyrejestrowanie praktyki lekarskiej.

Później Prezes przedstawił podanie o dofinansowanie udziału w XI Mistrzostwach Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym, które odbyły się w dniach 14–15.06.br. Rada wyraziła na to dofinansowanie.

Do Rady wpłynął wniosek Dyrekcji Zespołu Matki i Dziecka w Opolu o wyznaczenie przedstawiciela w konkursie na Pielęgniarkę Naczelną. Rada wyznaczyła do tej komisji kol. Krzysztofa Wiśniewskiego.

Do Rady wpłynęły również podania trzech osób o zmianę wysokości składki członkowskiej do 10 zł oraz dwóch osób o całkowite zwolnienie z jej opłacania. Rada wszystkie powyższe wnioski zaaprobowwała jednogłośnie.

W kolejnym punkcie obrad Rada na wniosek Prezesa podjęła jednogłośnie uchwałę w sprawie upoważnienia jego i Skarbnika – kol. Kowalika, do ewentualnego podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia, dotyczącej zwrotu kosztów poniesionych przez naszą Izbę z tytułu czynności administracyjnych. Kol. Jakubiszyn poinformował jednocześnie członków Rady, że sumaryczna kwota, zaproponowana przez Ministerstwo jest podobna do kwoty z ubiegłego roku. Natomiast po raz pierwszy Ministerstwo w załączniku rozbiło tę kwotę na poszczególne zadania, przyznając im wartości jednostkowe zupełnie oderwane od rzeczywistych kosztów. Ponieważ umowy zostały już podpisane przez Izbę Warszawską oraz Dolnośląską nierealna będzie akcja całkowitego bojkotu umów, ale mimo to temat ten będzie omawiany na najbliższym posiedzeniu Konwentu prezesów okrę-

gowych rad lekarskich w dniu 5 września. Na wniosek Prezesa w w/w uchwale dopuszcza się możliwość niepodpisania umowy, jeżeli takie będzie stanowisko Konwentu.

Następnie kol. Jakubiszyn przypomniał członkom, Rady, że pocztą elektroniczną przekazane im zostały propozycje terminów posiedzeń Rady i jej Prezydium do końca kadencji oraz planowanego terminu Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego. Ta ostatnia data wywołała ożywioną dyskusję, mająca związek z szeregiem zaplanowanych spotkań i szkoleń w tym samym terminie. W związku z powyższym Prezes zobowiązał się do przeprowadzenia konsultacji i przekazania nowego terminu Zjazdu członkom Rady w formie elektronicznej. Poza tym jednym wyjątkiem Rada zaakceptowała harmonogram swoich prac na najbliższe pół roku.

Dalej Prezes stwierdził, że ze względu na okres urlopowy nie ma aktualnie do przekazania żadnych informacji, odnoszących się do okresu od spotkania na ostatniej Radzie.

Z kolei kol. Lach przekazał zebrany krótką informację o ostatnim posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ, która odbyła się 7 czerwca br. Dotyczyła ona głównie podsumowania realizacji planu finansowego OOW NFZ za ostatnie 5 miesięcy, prognozy przychodów i kosztów Oddziału na lata 2014–16 oraz zaopiniowania projektu planu finansowego Oddziału na 2014 r.

Posiedzenie Rady rozpoczęło się jednak od zapoznania jej członków z odpowiedzią Prezes NFZ Pachciarz na stanowisko Rady podjęte na poprzednim posiedzeniu, a dotyczące celowości przeprowadzenia aneksowania umów na rok 2014 zamiast prowadzenia postępowania konkursowego. Rada uzasadniała swoje stanowisko tym, że w związku z planowanym powołaniem przy wojewodach zespołów zajmujących się planowaniem rodzaju i rozmieszczeniem świadczeń zdrowotnych na terenie poszczególnych województw, przeprowadzenie konkursu i związane z tym podpisanie wieloletnich umów ze świadczeniodawcami, spowoduje „ubezłasnowolnienie” tych zespołów. Nie będą one bowiem mogły mieć żadnego wpływu na zakres i lokalizację świadczeń medycznych na swoim terytorium. Prezes NFZ uznając argumentację Rady stwierdziła, że w chwili obecnej – ze względu na obowiązujące przepisy prawa – nie jest możliwe odstępianie od konkursu ofert. Jak jednak wynikało z dyskusji członków Rady Społecznej, w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad stworzeniem możliwości takiego rozwiązania.

Co do bieżącej realizacji planu finansowego za 5 miesięcy tego roku, to świadczenia realizowane są systematycznie i bez większych problemów na poziomie od ok. 84% do ponad 94% zaawansowania. Jedynie w zakresie kilku rodzajów świadczeń poziom realizacji jest niższy

od zakładanego (programy lekowe – 70,82%, sanatoria – 69,56% i zaopatrzenie ortopedyczne – 67,29%). Tak więc w części świadczeń notuje się nadwykonania w stosunku do planu na kwotę prawie 21.344 mln zł, w innych zaś niedowykonania na kwotę ok. 36.015 mln zł.

W przyszłym roku OOW NFZ przewiduje, że na zakup świadczeń wyda praktycznie tyle samo pieniędzy, co w roku bieżącym – czyli kwotę 1.578.162.000 zł. Niczego nowego nie należy się więc spodziewać w 2014 r.

Dodatkowym punktem obrad Rady była również analiza świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych na terenie naszego województwa. Jak wynika z danych Centrali NFZ Opolszczyzna jest na II miejscu w kraju pod względem kwot przypadających na 10 tys. mieszkańców, przeznaczonych na te świadczenia. W wyniku tego w 17 ZOL-ach dysponujemy 817 miejscami, do których w kolejce w ramach pilnych przypadków oczekuje 67 chorych, a w przypadkach stabilnych – 230 chorych. Średni czas oczekiwania na miejsce w ZOL-u wynosi u nas 3 miesiące.

W części poświęconej skargom, reprezentujący kierownictwo OOW NFZ Dyrektor Uher stwierdził, że w II kwartale do Oddziału zgłoszono 17 skarg, które głównie dotyczyły dostępności do świadczeń oraz odmów przyjęcia. Na kanwie tego członkowie Rady mówili o problemach z dostaniem się do lekarzy w poradniach specjalistycznych. Zasugerowali też kierownictwu OOW NFZ prowadzenie częstszych i liczniejszych kontroli realizacji tych świadczeń.

W dalszej części zebrania, na wniosek księgowej OIL, Prezes przedstawił projekt uchwały, zatwierdzającej plan kont Opolskiej Izby Lekarskiej. Uchwała została podjęta jednogłośnie.

W związku ze zbliżającym się Zjazdem Sprawozdawczo-Wyborczym, kol. Mazur powrócił do sprawy parytetów podziału miejsc w przyszłej Radzie. Tak się bowiem złożyło, że w czasie poprzedniego Zjazdu, ze względu na małą liczbę kandydatów do Rady zgłoszonych przez delegatów spoza Opola, obecna Rada Okręgowa została zdominowana przez lekarzy ze stolicy województwa.

Prezes Jakubiszyn stwierdził, że również nie był zadowolony z takiego obrotu spraw, ale trudno było dyskutować z werdyktami Zjazdu. Poinformował również o swojej wstępnej propozycji rozwiązania tego problemu. W dyskusji, która potem nastąpiła ścierały się różne propozycje. W końcu kol. Jakubiszyn zobowiązał się do przygotowania na najbliższe posiedzenie Rady kilku propozycji do przedyskutowania, tak by przedstawiciele poszczególnych delegatur mogli skonsultować je z Koleżankami i Kolegami u siebie.

Wobec wyczerpania programu obrad Prezes zakończył posiedzenie.

*Jerzy B. LACH*

# E-LEARNING

Już ponad cztery tysiące lekarzy i lekarzy dentyków z województwa mazowieckiego zarejestrowało się w projekcie „E-learning w służbie lekarzom”, by uzyskać dostęp do multimedialnych programów edukacyjnych i zdobyć wymagane ustawowo punkty edukacyjne. Po szczegóły zapraszamy do Internetu na stronę [www.kursy-elearning.pl](http://www.kursy-elearning.pl).

- Mamy dobrą wiadomość. Obecnie z programu mogą skorzystać lekarze z całej Polski, którzy wezmą udział w badaniu ankietowym – **oznajmia Ryszard Majkowski z warszawskiej izby lekarskiej**. Celem badawczym jest rozpoznanie opinii środowiska zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków na temat użyteczności technik zdalnego kształcenia w realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, a także weryfikacja poglądów o szczególnej przydatności e-learningu w szybkim transferowaniu kwalifikowanej wiedzy.

**Każdy lekarz czy lekarz dentysta, który wypełni i prześle elektronicznie na adres e-mail [medmanager@wp.pl](mailto:medmanager@wp.pl) wypełnioną ankietę, umowę, oświadczenie podatnika i deklarację uzyska symboliczne wynagrodzenie i możliwość nieodpłatnego udziału w projekcie pn. „E-learning w służbie lekarzom”.** Słowem, za poświęcony czas na wypełnienie ankiety (około 5 minut) uzyskacie Państwo możliwość zdobycia aż 350

punktów edukacyjnych (najpóźniej do dnia 31 grudnia 2013 r.). **Formularze umowy zlecenia, oświadczenia, ankiety oraz deklaracji przystąpienia do projektu „E-learning w służbie lekarzom” można pobierać ze strony internetowej: [www.medmanager.com.pl](http://www.medmanager.com.pl).**

- *Jak skutecznie uniknąć kar za błędy na receptach refundowanych? – to jeden z naszych kursów, który cieszy się niesłabnącą popularnością dzięki fantastycznej pracy dr med. Macieja Jędrzejowskiego z Warszawy. Nowych przepisów trzeba się po prostu dobrze nauczyć. To jest nasza recepta na Twoje potencjalne kłopoty z krewkami inspektorami NFZ – przekonuje Mariola Romańska.* Aby zacząć wystarczy nam w domu lub w pracy stacjonarny komputer, tablet lub netbook z kartą mobilnego internetu lub coraz popularniejszy dostęp do sieci bezprzewodowej WiFi. Bez ruszania się ze swojego miejsca zamieszkania, czasem odległego od centrów naukowych i akademickich, bez rezerwacji nietanich hoteli, bez umizgów do przełożonych o łaskawą zgodę na wyjazd służbowy, uczestniczymy w ciekawych wykładach, poszerzamy zawodowe horyzonty, sprawdzamy zdobytą wiedzę w testach i zdobywamy punkty edukacyjne, dopełniając obowiązku doskonalenia zawodowego.

Więcej informacji: tel. 535-888-594

(ms)

## PIERWSZY W HISTORII PRZYPADEK KRÓLEWSKIEJ SZTUCZNEJ INSEMINACJI

W kolejnym Biuletynie Opolskiej Izby Lekarskiej przedstawię historię zapłodnienia pozaustrojowego „in vitro”, co zawdzięczamy Robertowi Edwardsowi (Nobel w dziedzinie medycyny w roku 2010) oraz jego współpracownikowi, przedwcześnie zmarłemu Patrickowi Steptoe.

Jednak pierwsze próby leczenia niepłodności polegały na tzw. sztucznej inseminacji, to jest wstrzykiwaniu nasienia bezpośrednio do jamy macicy. Wyróżniamy przy tym następujące rodzaje sztucznej inseminacji:

- homologiczną: nasieniem partnera,
- heterologiczną: nasieniem z banku nasienia,
- mieszaną: nasieniem z banku i nasieniem partnera.

Znane są również przypadki inseminacji „post mortem” nasieniem partnera zamrożonym w banku.

W obecnej publikacji zainteresuję P. T. Czytelników i entuzjastów historii nieznanym, pierwszym w historii przypadkiem sztucznej inseminacji, który miał miejsce jeszcze w epoce średniowiecza.

Otóż dotyczył on króla Henryka IV Kastylijskiego (1424-74). Jego pierwszą żoną była Blanka z Nawarry,

córka króla Jana II Aragońskiego. Ślub miał miejsce w roku 1440 i oboje młodożeńcy mieli po 15 lat. Niestety przez 13 lat pożycia małżeńskiego nie doczekali się potomstwa, w związku z czym Blanka została odesłana na dwór swojego ojca Jana II, przy czym stwierdzono, że pozostawała dziewicą. Przypisano to impotencji Henryka IV, który jednak utrzymywał, że to Blanka rzuciła urok na jego potencję. Małżeństwo zostało unieważnione przez ówczesnego papieża Mikołaja V.

W roku 1455 Henryk IV ożenił się powtórnie z 16-letnią Joanną Portugalską (sam miał wówczas 31 lat). Również i z nią przez kilka lat nie doczekał się potomstwa i wówczas medycy królewscy podjęli pierwszą w historii decyzję sztucznej inseminacji.

Otóż do „złotej strzykawki” pobrali drogą masturbacji (wykonanej przez lekarzy, ponieważ Henryk IV nie cierpiał kobiet) spermę i wstrzyknęli ją do pochwy Joanny. Ku wielkiej radości dworu królewskiego dokładnie 9 miesięcy później (w roku 1459) Joanna Portugalska urodziła córkę Joannę. Niestety na dworze za-

częły krążyć plotki, że nie jest to zasługa „złotej strzykawki”, lecz doradcy królewskiego niejakiego Beltranda de la Cueva (stąd do historii przeszła, jako Joanna Beltrajena). Sam Henryk IV do końca nie wierzył w te doniesienia, jednak w końcu uwierzył w cudzołóstwo swojej żony, kiedy królowa bez pomocy „złotej strzykawki” urodziła ponownie córkę. Wściekły Henryk IV pozbawił Joannę dziedzictwa i obie córki odesłał do klasztoru.



*Zdjęcie Henryka IV*

Do rządów w Kastylii wyznaczył swoją przyrodną siostrę Izabellę pod warunkiem, że bez jego zgody nie zawrze związku małżeńskiego. Jednak już rok później doszło – w wielkiej tajemnicy przed Henrykiem IV

– do ślubu Izabelli Aragońskiej (nazwanej przez potomnych Katolicką) z następcą tronu Aragonii Ferdynandem. Henryk IV na wieść o ślubie swojej przyrodniej siostry Izabelli z Ferdynandem Aragońskim uznał umowę za nieważną i ogłosił następczynią tronu Joannę la Beltrajena. Niestety śmierć Henryka IV w roku 1474 usankcjonowało panowanie Izabelli Kastylijskiej i Ferdynanda Aragońskiego, którzy połączyli Kastylię i Aragonię w jedno silne państwo – Hiszpanię.

Oboje w roku 1492 wysłali Krzysztofa Kolumba w podróż, której celem było odkrycie nowej zachodniej drogi do Indii i w tym samym roku po zdobyciu Granady wygnali Maurów (Arabów) po sześciu wiekach ich panowania, z Półwyspu Iberyjskiego do Afryki.

Wracając do postaci Henryka IV Kastylijskiego współcześni podejrzewali go o homoseksualizm, natomiast historycy stwierdzili u niego akromegalię spowodowaną prawdopodobnie guzem przysadki mózgowej, co mogło spowodować jego impotencję seksualną. W historiografii Henryk IV otrzymał bardzo niesympatyczny przydomek Bezsilny (Bezradny), po hiszpańsku – Enrique IV el Impotente.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

## SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,
- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby – zgodnie z uchwałą 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. Naczelnej Rady Lekarskiej – ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- **40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**

- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta,** który:

- 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
- 2) ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
  - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
  - b) kopię decyzji emerytalnej,
  - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;

- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty,** który:

- 1) ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
- 2) złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
  - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
  - b) kopię decyzji rentowej;

- **10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty,** z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.

- **Zwolniony z opłat członkowskich** może być:

- 1) lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:
  - a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od – do),
  - b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
  - c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,
- 2) lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami Okręgowej Izby Lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz Izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków Izby Lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania zaległych składek członkowskich. Ww. dokumenty należy składać w Opolskiej Izbie Lekarskiej,

**Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.**

## PRAWO NA CO DZIEŃ

# JAK PRAWIDŁOWO WYPISAĆ RECEPTĘ REFUNDOWANĄ *PRO AUCTORE* I *PRO FAMILIA*?

W związku z pojawiającymi się w ostatnich dniach pytaniami o prawidłowe wypisywanie recept *pro auctore* i *pro familia*, zamieszczamy dla Państwa krótkie przypomnienie. Jednocześnie informujemy, iż obowiązek umieszczania na recepcie numeru umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia nie jest nowy, lecz istnieje już od kilku lat. Warto zauważyć, że w przypadku podpisania nowej umowy z NFZ numer umowy ulega zmianie. Wtedy oczywiście należy zamówić nową pieczętkę z właściwym numerem umowy.

Obecnie obowiązujące receptariusze zawierają 22-cyfrowe numery rozpoczynające się od cyfr „02”, zapisane na górze recepty w formie tradycyjnej oraz u dołu pola przeznaczonego na wypisywanie leków – w formie kodu kreskowego. Ponadto na receptariuszu znajdować się powinien również mały kod kreskowy, umieszczony w polu przeznaczonym na pieczętkę i podpis lekarza — jest to numer prawa wykonywania zawodu.

Lekarz, który chce wypisać receptę *pro auctore* lub *pro familia*, powinien u góry recepty (w polu „świadczoniodawca”) nanieść w formie pieczętki:

- imię i nazwisko,
- adres oraz numer telefonu.

Ponadto, od 2007 r. w polu świadczeniodawcy należy umieszczać również 9-cyfrowy numer umowy na wystawianie recept refundowanych, zawartej z Narodowym

Funduszem Zdrowia. Nie ma konieczności umieszczania tego numeru na pieczętce zawierającej dane personalne i adresowe lekarza – można w tym celu posiadać drugą, mniejszą pieczętkę. Konieczne jest jednak, aby numer ten był nanoszony za pomocą pieczętki, a nie własnoręcznie.

W polu „pacjent” lekarz wystawiający receptę na własne potrzeby może ograniczyć się do wypisania tylko zwrotu „pro auctore” lub innego równoważnego – np. „dla siebie”. Inaczej będzie w przypadku wypisywania recepty dla członka rodziny – w takim przypadku należy w tym polu zamieścić dane tej osoby (imię i nazwisko oraz adres), a także zwrot „pro familia” lub równoważny. Na dole pola „pacjent” wpisujemy numer PESEL — odpowiednio swój lub członka rodziny.

Należy jeszcze pamiętać o wypełnieniu kratek „oddział NFZ” oraz „kod uprawnień dodatkowych”. Jeżeli lekarzowi nie przysługują żadne uprawnienia dodatkowe, należy w przeznaczonym na nie polu pozostawić puste miejsce.

Po wypisaniu właściwej treści recepty konieczne jest wpisanie daty jej wystawienia, podpisanie recepty oraz przystawienie pieczętki obejmującej co najmniej imię i nazwisko lekarza oraz jego numer prawa wykonywania zawodu. Ponadto receptariusz zawiera również pole „data realizacji od dnia” – jeżeli nie zamierzamy określać daty realizacji, należy w polu tym wstawić znak „X”.

Poniżej prezentujemy Państwu prawidłowo wystawioną receptę, obejmującą minimalne dane, które musi zawierać.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Recepta</b> 021100000000504130080<br>lek. Janina Kowalska<br>ul. Długa 12/1 80 - 100 Gdańsk<br>tel. 58 - 341 83 65<br>nr NFZ 981101841 |  | Imię i nazwisko lekarza<br>Adres<br>Numer telefonu  |
| Świadczeniodawca<br>Pacjent: <b>pro auctore</b><br>Oddział NFZ: 11<br>PESEL: 48021301841  |  | Numer umowy z<br>Numer oddziału NFZ<br>Zwrot „pro auctore” lub równoważny<br>Kod uprawnień dodatkowych lub w przypadku braku uprawnień pole puste |
| Rp<br>[Pole na receptę]<br>Numer PESEL  |  |   |
| Data wystawienia: 18.04.2013r.<br>Dane i podpis lekarza: Janina Kowalska nr PWZ 12345678<br>Data realizacji „od dnia”: X<br>[Barcode]     |  | Data wystawienia<br>Imię i nazwisko lekarza<br>Numer prawa wykonywania zawodu<br>Data realizacji recepty, a jeżeli nie dotyczy — znak „X”         |

Wzór recepty refundowanej pro auctore

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Recepta</b> 021100000000504130080<br>lek. Janina Kowalska<br>ul. Długa 12/1 80 - 100 Gdańsk<br>tel. 58 - 341 83 65<br>nr NFZ 981101841 |  | Imię i nazwisko lekarza<br>Adres<br>Numer telefonu  |
| Świadczeniodawca<br>Pacjent: Adam Kowalski<br>ul. Świętojańska 8<br>Gdynia<br>Oddział NFZ: 11<br>PESEL: 80120102784                       |  | Numer umowy z<br>Numer oddziału NFZ<br>Pełne dane członka rodziny i dopisek „pro familia” lub<br>Kod uprawnień dodatkowych lub w przypadku braku uprawnień pole puste |
| Rp<br>[Pole na receptę]<br>Numer PESEL  |  |   |
| Data wystawienia: 18.04.2013r.<br>Dane i podpis lekarza: Janina Kowalska nr PWZ 12345678<br>Data realizacji „od dnia”: X<br>[Barcode]     |  | Data wystawienia<br>Imię i nazwisko lekarza<br>Numer prawa wykonywania zawodu<br>Data realizacji recepty, a jeżeli nie dotyczy — znak „X”                             |

Wzór recepty refundowanej pro familia

Aleksandra KOSIOREK, Biuro Prawne OIL  
 (przedruk z „Pomorskiego Magazynu Medycznego” nr 6/13)

## CO PISZĄ INNI

# OPIEKA FARMACEUTYCZNA W SZPITALU

Farmacja szpitalna jest wyspecjalizowaną dziedziną farmacji, która stanowi integralną część opieki nad pacjentem w systemie opieki zdrowotnej. Farmaceuta jest częścią procesu zarządzania lekami, poprzez zwiększanie bezpieczeństwa i jakości wszystkich procesów, związanych z wpływem leków na pacjenta w szpitalu. Opieka farmaceutyczna w tej placówce przyczynia się, poprzez zarządzanie kliniczne i kierowanie programami lekowymi, do poprawy korzyści ekonomicznych. Ponadto, pojawia się tu nowy sposób postrzegania aspektu etycznego, dotyczącego zaangażowania farmaceuty w poprawę opieki nad pacjentem podczas jego hospitalizacji.

## Wstęp

Zgodnie z danymi, które przedstawili Talley i Leventurier w 1971 r. w USA, lękowe działania niepożądane były przyczyną 140.000 zgonów i 1 miliona hospitaliza-

cji. Z kolei 1987 r. *The United States Food and Drug Administration* (FDA) odnotowała 12.000 zgonów i 15.000 przypadków leczenia szpitalnego w efekcie ubocznych działań przyjmowanych medykamentów. Podane przez FDA wyniki mogą stanowić jedynie niewielką część (ok. 10%) faktycznej liczby takich zdarzeń. W USA szacowany budżet, przeznaczony na negatywne skutki stosowanych farmaceutyków, może dochodzić nawet do 7 mld dolarów rocznie. W rzeczywistości większość z tych problemów nie jest wywołana działaniem leków samych w sobie, lecz raczej sposobem ich przepisywania, wydawania i stosowania. W takim przypadku ktoś jest bardziej kompetentny do przeciwdziałania temu zjawisku niż farmaceuta? Przedstawione informacje stanowią tylko fragment opublikowanych danych.

W Polsce w związku z brakiem zaangażowania farmaceuty w proces leczenia oraz bezpośredniej jego kon-

troli nad terapią, nikt nigdy tak naprawdę nie przeliczył, jakie koszty wiążą się z błędnie przepisywanymi receptami oraz z hospitalizacją pacjentów z powikłaniami polekowymi. Tradycyjna funkcja farmaceuty, zaangażowanego jedynie w sprzedaż leków, nie jest wystarczająca. Obecnie za granicą bierze on aktywny udział w poprawie stanu zdrowia społeczeństwa, poprzez realizację programu opieki farmaceutycznej zarówno w aptekach otwartych, jak i szpitalach.

## Opieka farmaceutyczna – ewolucja definicji

Rola farmaceuty w ochronie pacjenta została zawarta w terminie „opieka farmaceutyczna”. Pierwszy raz pojęcie to zdefiniowali w 1976 r. Mikeal i wsp. jako „*zapewniającą bezpieczne i racjonalne stosowanie leków opiekę, która dostarczana jest potrzebującym pacjentom*”. Formuła ta była stosowana do 1980 r., kiedy to Brodie i wsp. zasugerowali, że termin ten dotyczy nie tylko kwestii lekowych, lecz także usług niezbędnych (przed, w czasie i po zakończeniu leczenia) do zapewnienia optymalnie bezpiecznej i skutecznej terapii. Kolejna definicja przedstawiona przez Heplera i Stranda w 1989 r. podaje, że jest to „*odpowiedzialne prowadzenie terapii lekowej, mającej na celu uzyskanie wyników, które poprawiają jakość życia pacjenta*”. Natomiast zgodnie z opracowaniem samego Stranda z 1997 r. „*opieka farmaceutyczna jest praktyką, w której osoba odpowiednio wykwalifikowana bierze odpowiedzialność i ponosi konsekwencje za potrzeby lekowe pacjenta*”. Dostosowana do obecnych warunków i jednocześnie bardziej użyteczna definicja podaje, że „*opieka farmaceutyczna jest komponentem praktyki farmaceutycznej, który wiąże się z bezpośrednim oddziaływaniem między farmaceutą a pacjentem, w celu realizacji jego potrzeb lekowych*”.

Dwa aspekty podczas tego procesu zawsze muszą być obecne. Pierwszym z nich jest odpowiednia ilość czasu, jaka poświęcana jest choremu przez aptekarza, w celu określenia jego wymogów i preferencji. Drugim jest zaangażowanie farmaceuty w kontynuację rozpoczętych działań terapeutycznych.

Przekładając powyższą definicję na codzienną praktykę, opieką farmaceutyczną nazywamy wszystkie działania mające na celu ocenę zapotrzebowania na leki indywidualnego pacjenta i określenie występujących lub potencjalnych problemów, wynikających z zażywania farmaceutyków. Gdy takie wystąpią, wówczas niezbędna jest współpraca z pacjentem i innymi przedstawicielami służby zdrowia nad rozwiązaniem tego problemu, poprzez zaprojektowanie, wdrożenie i monitorowanie odpowiedniego planu.

## Farmacja szpitalna i rola farmaceuty

Farmacja szpitalna jest elementem opieki zdrowotnej, która obejmuje profesjonalną praktykę w zakresie przygotowywania, przechowywania i wydawania leków

i wyrobów medycznych, jak również doradztwo w kwestii ich bezpiecznego i skutecznego stosowania. Jest to wyspecjalizowana dziedzina farmacji, która stanowi integralną część opieki zdrowotnej pacjenta w szpitalu. Jej celem jest utrzymanie ciągłości lub ewentualnej poprawy w zakresie opieki farmaceutycznej i *zarządzania* lekami, z zachowaniem najwyższych standardów, jakie są osiągalne w warunkach klinicznych.

Z kolei farmaceuta szpitalny jest częścią procesu zarządzania lekami. Jego zadaniem jest zwiększenie bezpieczeństwa i jakości wszystkich procesów, związanych z wpływem na hospitalizowanych pacjentów. W swoich działaniach powinien kierować się tak zwanymi 7 regułami („7 rights”): właściwy pacjent, właściwy lek, właściwa dawka, właściwa droga podania, właściwy czas, właściwe dane i dokumentacja.

W ciągu ostatnich 30 lat miał miejsce duży postęp, zarówno pod względem funkcji, jaką pełni farmaceuta w opiece nad chorym, jak i jego ogólnej wiedzy dotyczącej chorób i leczenia. Obecnie jest oczywiste, że tradycyjna rola jaką pełni lekarz – przepisujący medykamenty i aptekarz – odpowiadający za ich wydawanie, nie są wystarczające w zapewnieniu bezpieczeństwa i efektywności leczenia farmakologicznego. Koszty związane z hospitalizacją, badaniami laboratoryjnymi i leczeniem naprawczym, spowodowane błędami związanymi ze stosowaniem leków, znacznie obciążają gospodarkę krajową. Coraz bardziej widoczny wpływ na opiekę nad pacjentem w szpitalu mają takie aspekty terapii lekowej jak np.: interakcje, działania niepożądane czy też *compliance*. Doprowadziło to do zwiększenia zapotrzebowania w tych placówkach na farmaceutów, sprawujących kontrolę nad sposobem stosowania medykamentów. Ze względu na rosnącą złożoność zarządzania terapią lekową zajęli oni stabilną pozycję w zespole opieki zdrowotnej, optymalizując leczenie farmakologiczne chorego poprzez identyfikację, rozwiązywanie i zapobieganie problemom lekowym.

## Zarządzanie lekiem

Najczęściej praktykowaną formą leczenia w każdym aspekcie opieki zdrowotnej jest farmakoterapia. Stosowanie leków znacznie wzrasta wraz ze starzeniem się populacji i zwiększeniem częstotliwości występowania przewlekłych chorób. Dodatkowo, w ostatnich 10 latach, coraz częściej stosowane są tak zwane *lifestyle drugs*, czyli farmaceutyki, które nie leczą ciężkich chorób, a jedynie poprawiają wygląd i dobre samopoczucie. W konsekwencji doprowadziło to do zalania rynku farmaceutycznego preparatami, wydawanymi bez recepty (OTC). W zaistniałej sytuacji, rola jaką pełnią farmaceuci w doradzaniu i udzielaniu informacji dotyczących leków, nabrała jeszcze istotniejszego znaczenia, również wśród pacjentów hospitalizowanych.

Zarządzanie lekami obejmuje wszelkie inicjatywy mające na celu poprawę sposobu stosowania i zaopatrywania w medykamenty. Zgodnie z definicją angielskiego *National Health Service* (NHS) „zarządzanie lekami w szpitalach obejmuje sposób w jaki lek jest wybrany, zamówiony, przepisany, podawany i poddany przeglądowi w celu optymalizacji wpływu medykamentów na pożądane wyniki opieki nad pacjentem”. Jest to nowoczesna forma i nowa definicja opieki farmaceutycznej, od której samego pojęcia zaczyna się odchodzić. Podczas gdy w Polsce opieka dopiero zaczyna być wprowadzana, w wielu krajach termin ten został zastąpiony właśnie zarządzaniem lekami. Celem tego procesu jest udoskonalenie metody kierowania medykamentami, poprzez szereg usług opartych na potrzebie pacjenta. Działania te obejmują wszystkie aspekty obrotu farmaceutykami (od przeglądu stosowanych przez chorego leków po programy promocji zdrowia), zarządzanie ryzykiem (np. redukcja błędów wywołanych przez przepisane leki), jak i strategię prewencyjną (np. szczepienia). W ciągu ostatnich lat liczne badania potwierdziły istotną rolę farmaceuty szpitalnego. Wśród przetestowanych zmiennych, na które pozytywny wpływ miała obecność farmaceuty były m. in.: doradzanie i udzielanie informacji pacjentowi, redukcja błędów lekowych, poprawa w zakresie dokumentacji medykamentów oraz zmniejszenie kosztów, związanych z przepisywaniem leków.

Istnieje kilka powodów, dla których opieka farmaceutyczna i prawidłowe zarządzanie farmaceutykami jest tak istotne w szpitalu. Biorąc pod uwagę obecnie intensywny rozwój nowych leków, zapewnienie ich bezpiecznego i skutecznego stosowania stanowi skomplikowane i rosnące wyzwanie. Podeszły wiek, występowanie wielu schorzeń jednocześnie, polipragmatyzacja w połączeniu z zaawansowanymi schematami leczenia przysporzyć może pacjentowi wiele trudności w prawidłowej realizacji własnej terapii lekowej. Stanowi to istotny problem, gdyż według danych nawet do 50% pacjentów (szczególnie tych w podeszłym wieku) nie zażywa leków zgodnie z zaleceniami lekarza. Wśród starszych osób około 6–17% doświadcza działań niepożądanych stosowanej w szpitalu terapii, a u 5–17% problemy lekowe są przyczyną hospitalizacji. Nieumyślne zmiany lekowe po wyjściu ze szpitala stanowią powszechne niebezpieczeństwo. Lekarz nie ma bezpośredniego dostępu do rzetelnych informacji na temat tego, czy występujące błędy wywołane są nieprawidłowymi lekami, czy może zachowaniem pacjenta. Ręcznie przepisywane recepty również mogą stać się przyczyną licznych pomyłek np. poprzez nieczytelny i niekompletny zapis, błędy w transkrypcji i niewłaściwie zastosowane skróty. Należy także pamiętać o znaczeniu, jakie ma zapewnienie jak najbardziej racjonalnego wykorzystania medykamentów. Oznacza to konieczność zagwarantowania, że pacjenci otrzymują odpowiedni

do ich potrzeb klinicznych lek, w bezpiecznych i skutecznych dawkach, w określonym czasie i przy możliwie najbardziej ekonomicznych kosztach. Wszystkie wyżej przedstawione aspekty podkreślają, jak istotna jest rola farmaceuty i współpraca personelu opieki zdrowotnej w prawidłowym zarządzaniu lekami.

## Opieka farmaceutyczna w szpitalu.

W 1996 roku przez *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) opublikowany został dokument, w którym przedstawiono wytyczne dla farmaceutów w zakresie znormalizowanej metody dostarczania opieki farmaceutycznej. Zawarte w nim zasady bazują na funkcji, jaką powinni spełniać względem wszystkich pacjentów w zorganizowanych systemach opieki zdrowotnej. Przyczyną wydania tego dokumentu był brak jednoznaczności i spójności w zakresie świadczenia opieki w przepisach aptekarskich. Podobnie to wygląda w Polsce: źle zdefiniowana opieka farmaceutyczna oraz brak ludzi, którzy tak naprawdę wiedzą i czują, na czym ten system polega. Celem tych wytycznych jest m. in. pomoc farmaceutom we wdrażaniu systemu opieki w swoich miejscach pracy, czy też stworzenie spójnej dokumentacji medycznej, współużytkowanej również przez innych pracowników służby zdrowia. Poniżej przedstawione zostały punkty, które według ASHP powinny być zawarte w standaryzowanym systemie opieki farmaceutycznej (w różnym stopniu realizowanym w warunkach szpitalnych):

- zbieranie informacji dotyczących indywidualnego pacjenta,
- identyfikacja problemów lekowych w terapii,
- podsumowanie potrzeb pacjenta dotyczących opieki zdrowotnej,
- określenie celów farmakoterapeutycznych,
- zaprojektowanie planu monitorowania,
- opracowanie schematu farmakoterapeutycznego z odpowiednim planem kontroli we współpracy z pacjentem i innymi pracownikami służby zdrowia,
- inicjowanie lub przeprojektowanie schematów farmakoterapeutycznych
- oraz monitorowanie ich skutków.

Działania farmaceuty mogą być dalej podzielone na 3 główne procesy, za które ponosi odpowiedzialność:

- identyfikacja potencjalnych i rzeczywistych problemów lekowych w terapii,
- rozwiązywanie aktualnych problemów leczenia farmakologicznego,
- zapobieganie potencjalnym problemom lekowym w terapii.

Identyfikacja problemów lekowych związana jest z umiejętnością powiązania stanu chorobowego pacjenta (objawy, nieprawidłowości itp.) z warunkami fizycznymi (np. alergią) i jego terapią.

Rozwiązywanie problemów terapii farmakologicznej wymaga od farmaceuty zdolności określenia przyczyn tego stanu, do czego często konieczna jest współpraca z innymi członkami służby zdrowia.

Zapobieganie problemom terapii lekowej jest również bardzo istotnym zadaniem. Ważne jest, by pacjent w razie potrzeby otrzymał odpowiednie leki prewencyjne (np. aspiryna zapobiegawczo przeciw zawałowi serca u osób będących w grupie wysokiego ryzyka). Częścią tego rodzaju profilaktyki jest upewnienie, że chory nie otrzymuje medykamentów wywołujących poważne interakcje, efekty uboczne lub będących dla niego przeciwwskazanymi.

### **Etyczny aspekt opieki farmaceutycznej**

Podczas wdrażania i realizacji systemu opieki farmaceutycznej, zarówno w aptekach otwartych jak i warunkach szpitalnych, niezbędne jest przestrzeganie reguł etycznych. Jedną z nich jest zasada autonomii, odnosząca się do preferencji pacjenta. Relacje między farmaceutą a chorym bazują na zaufaniu i zaangażowaniu, z jak największą korzyścią dla pacjenta, przy jednoczesnym poszanowaniu jego praw i poglądów. Czasami może to jednak kolidować z prawidłowym prowadzeniem terapii, np. stres wywołany chorobą lub emocjami może wpłynąć negatywnie na racjonalność podejmowanych przez pacjenta decyzji, szczególnie gdy jest on niedostatecznie lub niejasno poinformowany przez personel medyczny. W takim razie farmaceuta, kierując się poglądami chorego, może mu jedynie zaszkodzić. W przypadku, gdy pacjent podejmie przemyślaną decyzję np. o przerwaniu leczenia, wówczas obowiązkiem farmaceuty jest zaakceptowanie i uszanowanie jego preferencji. Inny etyczny aspekt skupia się na doktrynie świadomej zgody, definiowanej jako nieprzymusowej akceptacji interwencji medycznej, po ujawnieniu przez lekarza (bądź innego przedstawiciela opieki zdrowotnej) jej charakteru oraz związanym z nią ryzykiem i korzyściami. Należy pamiętać o tym, że prowadzona na szeroką skalę farmakoterapia może być równie inwazyjna jak zabieg chirurgiczny czy też operacja. W każdym przypadku sugerowanej terapii lekowej pacjent powinien otrzymać związane z nią, jasno przekazane informacje, co umożliwi mu wyrażenie swojej subiektywnej opinii i rozważenie ewentualnych alternatyw. Kolejną istotną kwestią etyczną jest poufność, która jest niezbędna do zbudowania i utrzymania zaufania do farmaceuty. Podobnie jak i inni pracownicy służby zdrowia, ma on obowiązek utrzymania poufności we wszystkich sprawach dotyczących informacji o chorym. Obowiązek ten jest uzasadniony prawem do zachowania prywatności, oczekiwaniami pacjentów, jak również społecznymi korzyściami.

### **Analiza kosztowo-efektywności**

W celu zrozumienia i miarodajnej oceny skutków, wynikających z realizacji systemu opieki farmaceutycznej, należy zwrócić uwagę głównie na specyficzny aspekt farmakoterapii. W badaniu opublikowanym w 2008 r. przez Abdelhamida i wsp., w którym analizowali oni wpływ usług w ramach opieki farmaceutycznej w szpitalu na leczenie astmy, farmakoterapia 60 astmatyków wchodzących w skład próby badawczej została poddana przeglądowi, przeprowadzonemu przez wykwalifikowanego farmaceutę. Co 2 tygodnie, przez okres 6 miesięcy otrzymywali oni kompleksowe porady i szkolenia edukacyjne, podczas gdy grupa kontrolna (40 osób) otrzymywała jedynie rutynowe konsultacje lekarskie. Wyniki wykazały, że częstość ostrych ataków i nocnych objawów oraz częstotliwość korzystania z wziewnych beta2-agonistów, w ciągu tygodnia były znacznie niższe w grupie badawczej. Dodatkowo w grupie kontrolnej odnotowano wzrost średniej ilości dni zwolnienia chorobowego i duże braki w zakresie wiedzy dotyczącej astmy i stosowanej terapii.

Z kolei Galindo i wsp. w 2003 r. przedstawili wyniki badania, w którym oceniali wpływ kliniczny i ekonomiczny interwencji farmaceuty w jednym z barcelońskich szpitali. Przeanalizowano 3136 interwencji, które łącznie przyniosły oszczędności w wysokości 129.058,31 euro (głównie w zakresie profilaktyki antybiotykowej i zakrzepowo-zatorowej). Ogólny stopień akceptacji tych działań był wysoki (88,8%). Wpłynęły one nie tylko na poprawę stanu zdrowia pacjenta, lecz również na jakość wiedzy lekarzy w kwestii leczenia farmakologicznego. Przedstawione analizy świadczą o istotnych korzyściach, płynących z realizacji szpitalnych systemów opieki farmaceutycznej, zarówno w klinicznym, jak i ekonomicznym aspekcie.

### **Podsumowanie**

Farmaceuci w szpitalu pełnią równie ważną funkcję jak inni pracownicy służby zdrowia. Poprzez fachowe zarządzanie lekami zapobiegają poważnym interakcjom i działaniom niepożądanym. W ramach realizowanej opieki farmaceutycznej poszerzają wiedzę pacjentów, zarówno na temat choroby, jak i stosowanej terapii. Wdrażane interwencje mają korzystny wpływ, zarówno kliniczny, jak i ekonomiczny, zmniejszając koszty przeznaczone na leczenie następce i hospitalizację wywołaną błędami lekowymi.

*Piotr MERKS*

(przedruk z Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie nr 1/13)

# BRAKI LEKÓW NA RYNKU – TO MOŻE SIĘ ZDARZYĆ W KAŻDEJ CHWILI

Istnieje i działa dobrze zarówno wewnętrzny, jak i europejski system reagowania w sytuacji, gdy okaże się, że jakiś lek z powodu zagrożenia bezpieczeństwa należy wycofać z obrotu. Nie ma natomiast spójnego systemu reagowania na braki leków na rynku. A szkoda, bo problem, w związku z globalizacją, narasta. Został już dostrzeżony przez państwa europejskie; zarówno Komisja Europejska, jak i Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency) rozpoczęły prace nad propozycjami stworzenia takiego systemu, ale do końcowego efektu na razie daleko.

Podczas Letniej Akademii Onkologii (cyklicznej już imprezy dla dziennikarzy zajmujących się ochroną zdrowia i medycyną) Ewa Zygałło z Centrum Informacji o Leku zadała kilka pytań. Oto one:

- Czy mamy system informowania o brakach leków na rynku?
- Czy są instytucje, które analizują realne i potencjalne braki leków na rynku i proponują możliwość zaradzenia problemowi (np. stosowania zamienników)?
- Czy problem braku leków na rynku polskim istnieje wyłącznie w kontekście wywozu leków zagranicę?

Na powyższe pytania odpowiedź brzmi: **nie**. A problem jest spory. Tylko w lipcu 2013 r. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Środków Biobójczych opublikował komunikaty o czasowym braku 13 produktów na rynku, z których pięć nie miało żadnych odpowiedników.

– *Trzeba jednak pamiętać, że komunikaty URPL pochodzą prawie wyłącznie od producentów i stanowią wierzchołek góry lodowej* – mówi Ewa Zygałło.

Jak brak określonych leków na rynku wpływa na poczucie bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i lekarzy, pokazała sytuacja z brakami cytostatyków w okresie między październikiem 2011 a majem 2013 r. Minął ponad rok od momentu, kiedy Prokuratura Okręgowa w Warszawie umorzyła śledztwo w sprawie niedopełnienia obowiązków służbowych przez urzędników Ministerstwa Zdrowia, polegającego na niepodjęciu działań mających na celu zapewnienie dostępności na terenie kraju leków cytostatycznych. Prokuratura nie dopatrzyła się znamion czynu zabronionego.

Niemniej jednak pacjenci i ich rodziny narażeni zostali wówczas na wielki stres. Ministerstwo Zdrowia próbowało zaradzić sytuacji, wydając zgodę na import docelowy. Problem w tym, że taki środek zaradczy może nie wystarczyć, jeśli padnie na długo jedyna linia produkcyjna choćby jednego komponentu leku. Świat stał się globalny i problem braku leków jest problemem globalnym.

## Miękkie podbrzusze

O ile w Europie systemu monitorowania braku leków na rynku nie ma, to w Stanach Zjednoczonych taki system istnieje – sytuację na bieżąco śledzi Food and Drug Agency. Na podstawie tego monitoringu FDA wydała nawet dokument, w którym omawia najważniejsze przyczyny i skalę zjawiska braku leków. Okazuje się, że przyczyną 2/3 braków są problemy z jakością produkcji, a 80% przypadków dotyczy tzw. leków jałowych (czyli najczęściej roztworów do iniekcji). Ewa Zygałło zwraca uwagę, że to przede wszystkim leki onkologiczne, a zatem takie, których brak może dramatycznie odbić się na bezpieczeństwie oraz poczuciu bezpieczeństwa pacjentów i ich rodzin.

Pozostałe przyczyny wynikają z globalizacji. Na przykład część producentów zaprzestaje wytwarzania swoich „starych” leków, bo stało się to po prostu nieopłacalne. Bywa, że produkcja jakiegoś leku, z przyczyn oszczędnościowych (albo dla maksymalizacji zysku) odbywa się w jednym tylko miejscu na świecie, wówczas jakkolwiek problem technologiczny albo nawet polityczny (bo fabryki zlokalizowane są czasem w niestabilnych krajach) powoduje okresowe zaprzestanie wytwarzania leku.

Dużych zapasów leków, nawet tych najbardziej potrzebnych, nikt – zwłaszcza w Polsce – nie robi. I w Polsce mamy do czynienia ze specyficznymi przyczynami braku leków w konkretnych placówkach.

– *Problem z brakami leków na bieżąco dotyczy 99% aptek szpitalnych* – podkreśla Ewa Zygałło. – *Czasem przyczyną jest niedoskonały łańcuch dostawców, w niektórych przypadkach ograniczający się do dwóch czy trzech. Kłopoty z płatnościami, jakie często mają zadłużone szpitale, także nie wpływają dobrze na stabilność dostaw i powodują okresowe braki.*

## Środki zaradcze

Pod koniec ubiegłego roku EMA opublikowała dokument, w którym podkreśla potrzebę stworzenia systemu monitorowania i zapobiegania dramatycznym czasem skutkom braku leków na rynku. Zwraca w nim uwagę m.in. na konieczność przygotowania listy najistotniejszych leków, których brak może skutkować dramatami, i ustalenia procedur postępowania na poziomie europejskim w razie wystąpienia niedoboru tych leków. EMA postuluje też konieczność informowania na bieżąco o brakach leków na europejskim rynku i uwypukla wagę współpracy między państwami w tym zakresie.

Upłynie jednak wiele czasu, zanim te propozycje staną się prawem. Na razie lekarze w szpitalach, zwłaszcza onkologicznych, spać spokojnie nie mogą także i z tego powodu.

Justyna WOJTECZEK  
(przedruk z „Pulsu” nr 8-9/13)

# ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA: WCIAŻ WIELE ZNAKÓW ZAPYTANIA

1 sierpnia 2014 r. to data, po której cała dokumentacja medyczna – zarówno w szpitalach, przychodniach, gabinetach lekarskich, jak i ta, którą lekarz jest zobowiązany prowadzić przy wypisywaniu recept *pro auctore* i *pro familiae* – będzie musiała mieć wyłącznie formę elektroniczną. Jednak nie należy wykluczać, że prawo, w tym terminy dotyczące wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, zostanie zmienione.

Coraz więcej bowiem pojawia się wypowiedzi zarówno przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jak i Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia sugerujących możliwość nowelizacji przepisów, także zmiany daty, po której obowiązywać będzie prowadzenie dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej.

## Skąd pomysł elektronicznej dokumentacji medycznej?

Pomysł dokumentacji elektronicznej nie jest nowy, a z powodzeniem stosowany w różnych systemach opieki zdrowotnej. Ma wiele zalet, wśród których najważniejsza to fakt, że niepotrzebne są pomieszczenia na archiwum, a dostęp do historii choroby pacjenta jest łatwy. Samorząd lekarski nie występuje ani nie występował zatem przeciwko samemu pomysłowi, sposób i czas wdrażania tego rozwiązania oraz jego zasięg budzą jednak wiele wątpliwości. Samorząd krytykuje też brak wsparcia państwa w koniecznych inwestycjach w sprzęt zarówno dla dużych, jak i małych świadczeniodawców, o indywidualnych lekarzach nie wspominając. Nie da się bowiem ukryć, że dla wielu podmiotów nowe prawo oznacza konieczność inwestowania.

Stan przygotowań do pełnej informatyzacji ochrony zdrowia (prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej to tylko mała część tego wielkiego projektu) badała Najwyższa Izba Kontroli. Wyniki tych działań, opublikowane w czerwcu 2013 r., nasunęły jeszcze więcej wątpliwości.

Celem kontroli NIK była ocena stopnia przygotowania świadczeniodawców do wdrożenia Systemu Informacji Medycznej oraz działań administracji rządowej związanych z budową systemu informacji ochrony zdrowia w ramach „Programu informatyzacji ochrony zdrowia”, a przeprowadzono ją m.in. w szpitalach.

W raporcie NIK, zawierającym negatywną ocenę działań Ministerstwa Zdrowia, czytamy, że brakowało kluczowych rozporządzeń. Ani resort, ani CSIOZ nie miały informacji o stanie zasobów informacyjnych świadczeniodawców, a CSIOZ „w ograniczonym zakresie” współpracowało z Narodowym Funduszem Zdrowia w budowie systemów informatycznych.

*„Konsekwencją wyżej wskazanych nieprawidłowości było m.in. utrudnienie dostosowania systemów informatycznych świadczeniodawców do wymogów ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także fakt, że różnorodne projekty informatyczne (w tym finansowane ze środków budżetu UE), mogą okazać się niekomplementarne i niekompatybilne z projektami CSIOZ”.*

NIK wylicza, jakie warunki musi spełnić świadczeniodawca, by informatyzacja ochrony zdrowia się powiodła, a zatem możliwa była, zgodnie z planem, wymiana danych, m.in. obrazowych i innych z dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, między świadczeniodawcami oraz NFZ.

Według Izby szpitale, przychodnie, gabinety lekarskie itp., czyli świadczeniodawcy, powinny zatem być wyposażone w urządzenia diagnostyczne z cyfrowym zapisem wyników badań (zakłada się, że dane medyczne nie będą gromadzone centralnie), łączy internetowe o odpowiedniej przepustowości oraz techniczne możliwości zapewnienia podmiotom trzecim dostępu do zgromadzonych danych medycznych, a także mieć zdolność do ich pobierania z zasobów innych jednostek.

Tymczasem, jak wynika z ustaleń kontroli:

*„– systemy teleinformatyczne części świadczeniodawców (30,9%) miały charakter rozproszony i składały się z wielu niewspółpracujących podsystemów, co nie zapewniało interoperacyjności z innymi podmiotami zewnętrznymi, funkcjonującymi w sferze ochrony zdrowia, a ponadto tylko w niewielkim stopniu ułatwiało komunikację pacjentów ze świadczeniodawcą,*

*– wyposażenie świadczeniodawców w oprogramowanie informatyczne, łączy internetowe o dużej przepustowości oraz sprzęt medyczny, umożliwiający cyfrowy zapis wyników badań oraz prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, było niewystarczające do realizacji zadań wynikających z ustawy o systemie informacji”.*

## Czego dowiedziała się Naczelna Izba Lekarska

Nic dziwnego, że na początku lipca 2013 r. Naczelna Izba Lekarska skierowała kilkanaście pytań do Ministerstwa Zdrowia dotyczących zaawansowania prac nad wdrożeniem systemu. Odpowiedzi udzielił jej zastępca dyrektora ds. teleinformatycznych CSIOZ Andrzej Wąciór.

Według niego w ramach wdrażania P1, czyli elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, której częścią jest elektroniczna dokumentacja medyczna, już w IV kwartale 2013 r. zostanie uruchomione tzw. środowisko testowania komunikatów przygotowanych przez oprogramowanie usługodawców.

Z kolei w wywiadzie udzielonym „Rynkowi Zdrowia” pod koniec czerwca br. dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski powiedział, że ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia „powinna zostać znowelizowana, m.in. w zakresie doprecyzowania kwestii związanych z e-receptami oraz wdrożeniami rozwiązań telemedycznych. Po stronie Ministerstwa Zdrowia jest ewentualne podjęcie decyzji, czy w ramach takiej nowelizacji nie nastąpi przesunięcie terminu obowiązkowego prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej”.

## Kwestie techniczne

NIL pytała również o sprawy związane z podpisem elektronicznym w dokumentacji medycznej. „Podpis elektroniczny oraz podpisanie dokumentu z wykorzystaniem profilu zaufanego ePUAP przewidziane są tylko w treści §5 pkt 6 rozporządzenia z 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej, mówiącego o elektronicznej transmisji danych podczas udostępniania dokumentacji medycznej uprawnionym podmiotom, zatem nie dotyczy opatrywania podpisem poszczególnych wpisów w dokumentacji” – wyjaśniała swoje pytanie.

W odpowiedzi CSIOZ przypomniało, że zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej, komunikat (czyli m.in. informacja o wynikach badań pacjenta w formie elektronicznej) przekazywany przez usługodawcę (np. przychodnię) musi być opatrzony bezpiecznym podpisem elektronicznym w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 15 ustawy z 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Ta reguła ma obowiązywać od 1 sierpnia 2014 r., a zatem od momentu wejścia w życie nakazu prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej i zapewnienia możliwości udostępniania jej za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej. CSIOZ zaznaczyło jednak, że „*termin ten może ulec zmianie w związku z prowadzonymi pracami legislacyjnymi*”.

Andrzej Wąciór dodał, że „*w związku ze zmianami planowanymi w projekcie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz innych ustaw rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w obecnym brzmieniu podlegają analizie. W przypadku nowelizacji podlegać doprecyzowaniu mogą także m.in. obowiązki w zakresie opatrywania wpisów w dokumentacji medycznej podpisem elektronicznym lub danymi potwierdzanymi profilem zaufanym ePUAP*”.

Wymogiem prawa wobec lekarza jest uzyskanie świadomej zgody pacjenta nie tylko na dokonanie określonej procedury medycznej, ale i na przekazywanie jego dokumentacji medycznej stronie trzeciej. Zasadne jest zatem

pytanie, jak pacjent będzie upoważniał lekarza do takiej czynności w sytuacji, gdy dokumentacja będzie prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej.

CSIOZ odpowiada: „*W projektowanym systemie przewidziano kilka sposobów wyrażania zgody pacjenta. Podstawowym jest korzystanie z Internetowego Konta Pacjenta (IKP). IKP to podsystem, w którym pacjent będzie mógł m.in. zarządzać dostępem do danych o nim zgromadzonych. Drugim, uzupełniającym sposobem wyrażania zgody przez pacjenta jest jednorazowe udzielenie tej zgody przy okazji [...] zdarzenia medycznego (porada, pobyt w szpitalu itp.), z wykorzystaniem mechanizmu przekazywania pracownikowi medycznemu kodu dostępu otrzymanego przez pacjenta z SIM drogą SMS-ową. Pozostałe sposoby wyrażania zgody pacjenta na dostęp do jego danych są związane z przygotowywanymi projektami elektronicznego dowodu tożsamości pl.ID czy KUZ (Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego)*”.

## Recepty pro auctore i pro familiae

Bodaj najwięcej kontrowersji budzą przepisy, które nakazują prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej także lekarzom, którzy jedynie wypisują recepty dla siebie i bliskich (warto przy okazji przypomnieć, że są zobowiązani do prowadzenia takiej dokumentacji, choć w formie uproszczonej).

Jeszcze w grudniu ubiegłego roku Naczelna Rada Lekarska zwróciła się z apelem do ministra zdrowia o wyłączenie obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej jedynie w formie elektronicznej w razie wystawiania recept *pro auctore* i *pro familiae*. Rada argumentowała, że najczęściej recepty takie wypisują lekarze i lekarze dentyści emeryci i renciści, z których wielu nie posiada komputera, a dla których konieczność prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej może stanowić sporą barierę technologiczną.

Ministerstwo Zdrowia twardo argumentowało, że wyjątków być nie może, choćby dlatego, że system musi być zsynchronizowany, a tworzenie wyjątków byłoby nieuzasadnione. W maju jednak wiceminister zdrowia Sławomir Neumann poinformował prezesa NRL Macieja Hamankiewicza, że sprawa obowiązku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej przez lekarzy i lekarzy dentyistów wystawiających recepty *pro familiae* i *pro auctore* zostanie „ponownie rozważona” przy opracowywaniu założeń do nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta.

Podsumowując, można uznać za pewne, że system ochrony zdrowia zostanie w pełni z informatyzowany. Wobec stopnia skomplikowania tej materii, słabego przygotowania zarówno strony rządowej, jak i świadczeniodawców wciąż jednak nie wiadomo, kiedy to nastąpi.

Justyna WOJTECZEK

Artykuł dotyczy stanu prawnego na koniec sierpnia 2013 r.

(przedruk z „Pulsu” nr 8-9/13)

# PARADOKS WIECZNIE ŻYWY

Jeden z bohaterów opowiadań Michaiła Zoszczenki, satyryka czasów Lenina, zasypia z myślą: „*Sporządź 25-letni plan rozwoju gospodarki – mam na to trzy dni*”. Polskie szpitale – zgodnie z wymogami Unii Europejskiej – muszą spełnić standardy medyczne, sanitarne, informatyczne, budowlane i inne w 2016 r. Zostały nam zatem trzy lata. Tymczasem większość placówek ciągle tkwi w połowie XX w. Anachroniczność systemu polega na tym, że mamy wyspy światowej medycyny – kliniki kierowane przez najwybitniejszych lekarzy – na morzu bezładu, chaosu, niedofinansowania i dezynwoltury lokalnych władz oraz szefów placówek medycznych.

Z raportu przygotowanego przez Związek Powiatów Polskich wynika, że około 150 szpitali mieści się w budynkach wzniesionych ponad 70 lat temu. Zdarzają się jednak perełki – placówki funkcjonujące w obiektach powstałych jeszcze z inicjatywy zaborców – w XVIII i XIX w.

## Pomniki wątpliwej chwały

Niemal połowa szpitali powstała w latach 60. i 70. ubiegłego wieku, za rządów pierwszych sekretarzy Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej Wiesława Gomułki oraz Edwarda Gierka. Wtedy nowoczesne, dziś są niszczącymi pomnikami chwały przewodniej siły narodu i obciążeniem dla samorządów, które nie mają pieniędzy na ich modernizację. Co gorsza, na wschodzie Polski problemem są niedobory łóżek, a na zachodzie – ich nadmiar. Oszacowano, że tylko na modernizację infrastruktury polskich szpitali potrzeba aż 58 mld zł. Inwestycje w placówkach wojewódzkich i resortowych pochłoną 23 mld zł, w powiatowych, prowadzonych przez miasta na prawach powiatu oraz w spółkach powstałych na bazie przekształconych samorządowych SP ZOZ – 20 mld zł, w szpitalach prywatnych – 8 mld zł, w klinicznych – 7 mld zł. Warto też zauważyć, że 58% kwoty 58 mld zł stanowią niezbędne nakłady na budowę, przebudowę i rozbudowę, a 42% – na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

## Bez pieniędzy, bez perspektyw

Paradoks i anachronizm obecnej sytuacji polega na tym, że nie ma żadnego mechanizmu, który pozwoliłby pozyskać fundusze na pokrycie niezbędnych wydatków. W budżecie państwa nie ma pieniędzy (nawet na szpitale nadzorowane przez resorty), a samorządy większy kłopot mają z lokalnymi drogami, kanalizacją, przedszkolami i zakładają, że placówki medyczne przed upadkiem uchroni NFZ. Nie zadziałał także system PPP. Powiedzmy wprost: partnerstwo publiczno-prywatne w obszarze ochrony zdrowia praktycznie nie istnieje. Cała Polska patrzy na pilotażowy projekt w Żywcu, z którego

realizacją są ogromne kłopoty. W 2014 r. miał już stać nowy szpital, samorząd powiatowy zrobił, co należało, ale budowa nawet nie ruszyła. Z kolei o bankach można zapomnieć – koszt pozyskania kapitału na przedsięwzięcia infrastrukturalne jest tak wysoki, że zniechęca do sięgania po wsparcie w formie kredytów, pożyczek czy też do emitowania obligacji. Przedstawiciele sektora bankowego podkreślają, że wspieraniu projektów inwestycyjnych w medycynie nie sprzyja niestabilność systemu ochrony zdrowia oraz brak długookresowej strategii jego działania.

## Geografia białego personelu

Kolejnym węzłem gordyjskim są kłopoty kadrowe. Z opublikowanego w zeszłym roku raportu OECD wynika, że mamy najmniej liczną kadrę lekarzy (mniej jest tylko w Czarnogórze), ale niezłą liczbę pielęgniarek. Niestety, nie są one delegowane do wykonywania wielu czynności, które absorbują lekarzy. Innym problemem – jak podkreśla z kolei Najwyższa Izba Kontroli – jest ich „rozłożenie geograficzne”. Według raportu NIK do dziś Ministerstwo Zdrowia nie ustaliło dokładnej liczby pielęgniarek czynnych zawodowo. Co gorsza, nie wie też ile pielęgniarek brakuje w szpitalach w całym kraju i w poszczególnych województwach. Z tych powodów mieszkańcy niektórych regionów ciągle mają gorszy dostęp do świadczeń zdrowotnych o odpowiedniej jakości.

## Brak kontroli i nadzoru

Innym problemem jest gospodarka pieniędzmi przeznaczonymi na żywienie i utrzymanie czystości. Mimo że średni budżet żywieniowy szpitala pochłania aż 6% całkowitego budżetu placówki, a na rynku cateringu istnieje wyjątkowo silna konkurencja, większość szefów placówek medycznych – jak wynika z kolejnego raportu NIK – nie interesuje się obniżeniem kosztów żywienia. Podobnie jest z dysponowaniem środkami na higienę. W efekcie kolejne kontrole wskazują, że stan czystości w wielu polskich szpitalach jest niezadowalający. Wielokrotnie NIK wykazywała, że niektórzy dyrektorzy w ogóle nie kontrolowali skuteczności opracowanych procedur higienicznych i – co dziwne – zgadzali się na stosowanie środków chemicznych przeznaczonych do gospodarstw domowych, zamiast tańszych i skuteczniejszych preparatów profesjonalnych.

Kolejnym anachronizmem jest sprzęt medyczny. Co prawda firma analityczna PMR prognozuje, że od 2013 r. dynamika wzrostu wartości rynku sprzętowego wyniesie ponad 25%, ale w polskich szpitalach ciągle można znaleźć archaiczne wyposażenie, którego wady są traktowane równie niefrasobliwie, jak zalecenie mycia rąk po wyjściu z ubikacji przez maluchy. Kontrola NIK wy-

kazała, że pacjenci badani za pomocą specjalistycznych urządzeń medycznych ciągle nie mają gwarancji bezpieczeństwa podczas wykonywania tej usługi. Aż 88% zakładów opieki zdrowotnej nie zapewniało – według NIK – warunków bezpiecznego użytkowania urządzeń rentgenowskich. Aparatura medyczna była w znacznym stopniu wyeksploatowana (najstarsze z urządzeń odkrytych przez kontrolerów miały ponad 40 lat), a połowa placówek nie zachowywała należytej staranności w utrzymaniu jej właściwego stanu technicznego. Kontrolerzy NIK zaobserwowali również skandaliczne przypadki użytkowania urządzeń, o których było wiadomo, że nie spełniają norm radiologicznych i narażają pacjentów oraz personel na nadmierną dawkę promieniowania. W jednej piątej zakładów aparaty rentgenowskie działały bez wymaganej dokumentacji, a w co czwartym ktoś z obsługi nie miał odpowiedniego przygotowania.

## Publiczny i prywatny

Zupełnym anachronizmem są jednak działające obok siebie systemy – publiczny i prywatny. Podczas gdy pierwszy dysponuje 60 mld zł, drugi ma do dyspozycji kolejne 30 mld zł. Pieniądze z pierwszego wydawane są przez NFZ, drugi jest zasilany z kieszeni prywatnych. Dotychczas żadna ekipa polityczna nie ma pomysłu, jak te fundusze scalić. Tymczasem wystarczy wprowadzić system dodatkowych ubezpieczeń, otworzyć rynek dla firm zarządzających szpitalami (w krajach „starej” Unii Europejskiej zajmują się tym firmy ubezpieczeniowe i fundusze inwestycyjne), a państwu odebrać rolę ustawodawcy, dysponenta pieniędzy, regulatora oraz kontrolera i postawić jedno zadanie – egzekutora prawa.

Jacek SZCZĘŚNY

(przedruk z „Menedżera Zdrowia” nr 4/13)

## INTERNIŚCI I PEDIATRZY DO POZ?

Ministerstwo Zdrowia chce włączyć lekarzy internistów oraz pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Zdaniem Kolegium Lekarzy Rodzinnych, proponowane przepisy są sprzeczne z prawem UE, a lekarze specjaliści są przygotowywani do pracy w szpitalach i punktach specjalistycznych, a nie w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Z tego powodu oraz ze względów finansowych będą niechętni do jej podejmowania.

Propozycje zmian Ministerstwo Zdrowia zawarło w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

– *Przepisy, które chce wprowadzić minister zdrowia, narażają Polskę może nie na śmieszność, ale ogromne zdziwienie w środowisku służby zdrowia w całej Unii Europejskiej* – mówi Agencji Informacyjnej Newseria Tomasz Tomasik, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Tłumaczy, że proponowane przepisy są ewidentnie przygotowane wbrew artykułom 28 i 29 Dyrektywy nr 36 z 2005 roku (Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych), mówiącym o kształceniu specjalistycznym w zakresie ogólnej praktyki medycznej.

Obowiązujące w UE przepisy określają, że tylko lekarz ogólny (rodzinny) posiada specyficzne kwalifikacje wymagane do pracy w POZ w krajach unijnych. Takich kwalifikacji nie posiadają specjaliści chorób wewnętrznych lub chorób dzieci. Brakuje im odpowiedniego przygotowania i doświadczenia w tego typu pracy.

Podkreśla, że nigdzie w Europie ani lekarz pediatra, ani lekarz internista nie świadczy podstawowej opieki zdrowotnej. Tego typu rozwiązania stosowane są natomiast w krajach byłego bloku wschodniego (m.in. na Białorusi czy w Rosji).

– *Unia w niewielkim stopniu ingeruje w przepisy dotyczące zdrowia. Jedyna specjalizacja, w której UE określa, jak ma wyglądać kształcenie i kwalifikacje lekarzy to jest medycyna ogólna* – zaznacza prezes Kolegium.

Choć minister zdrowia w uzasadnieniu do nowelizacji ustawy napisał, że nowe przepisy nie są przygotowane wbrew prawu Unii Europejskiej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wzywa go do wycofania projektu. Organizacja uznała go za rażąco naruszający przepisy prawa wspólnotowego oraz godzący w prawa pacjentów.

### Argumenty merytoryczne bardziej istotne od prawnych

Tomasik uważa, że argumenty merytoryczne przeciw wprowadzeniu nowych zasad są jeszcze bardziej istotne od prawnych, bo jak podkreśla – pediatrzy i internści przez cały okres szkolenia specjalizacyjnego są przygotowywani do pracy w szpitalu, a nie w charakterze lekarzy pierwszego kontaktu. Co więcej – nie spędzają ani jednego dnia w POZ w ramach leczenia otwartego.

– *Podnosimy również problem ograniczenia programów specjalizacji w zakresie pediatrii i chorób wewnętrznych do warunków szpitalnych, bez zapewnienia możliwości nabycia niezbędnego doświadczenia w pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, w szczególności nieprzygotowanie do realizacji zadań zalecanych dla podstawowej opieki zdrowotnej w przyjętych przez nasz kraj międzynarodowych dokumentach politycznych, jak choćby raport Światowej Organizacji Zdrowia „Opieka podstawowa – Teraz bardziej niż kiedykolwiek?” z 2008 r.* – czytamy w piśmie przedstawicieli Kolegium do resortu zdrowia.

Tomasz Tomasik podkreśla, że konsekwencje zmian będą odczuwalne zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów.

– Wprowadzenie tego rodzaju specjalistów do podstawowej opieki zdrowotnej spowoduje zwiększenie kosztów, ponieważ są to lekarze przygotowani do pracy w szpitalach, w specjalistycznej opiece, gdzie te koszty są znacznie wyższe, wprowadzane są znacznie droższe procedury do diagnostyki i do terapii – wymienia prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. – Co więcej, zmniejszy to bezpieczeństwo pacjentów, którzy niejednokrotnie będą niepotrzebnie narażani na bardziej wyrażone, skomplikowane diagnostycznie procedury.

Kolejną kwestią, na którą zwraca uwagę, jest spadek motywacji lekarzy.

– Przecież lekarz pediatra czy lekarz internista kształcił się i swoją karierę zawodową wiązał z lecznictwem szpitalnym, a jak on trafi do podstawowej opieki zdrowotnej to będzie dla niego ten gorszy wybór, zesłanie, będzie miał problem z motywacją do tej dobrej pracy. I tego się obawiamy – argumentuje.

Zwraca również uwagę na to, że objęci nowymi przepisami lekarze będą mogli pracować wyłącznie w Polsce, bez szans na zatrudnienie w Europie w charakterze lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

(przedruk z Biuletynu OIL w Rzeszowie nr 3/13)

## EDWARD FLATAU (1868–1932)

### PIONIER NEUROLOGII I NEROCHIRURGII

*„Praca laboratoryjna jest w stanie pogłębić istotę choroby, dać wskazówki w kierunku jej genezy oraz leczenia i dzięki temu dać rezultaty posiadające większe znaczenie naukowe”.*

EDWARD FLATAU

Jego osobiste walory i niezwykła wiedza predysponowały go do roli przewodniej. Łączył w sobie wnikliwość badacza i talent anatoma z inwencją twórczą eksperymentatora i zmysłem obserwacyjnym wielkiego klinicysty. Umiłowanie dydaktyki i urok osobisty przyciągały do niego młodych, garnących się do nauki i starych, zgłębiających tajniki wiedzy. Wartości te znamionujące całe jego życie naukowe zadecydowały, że nastąpił prawdziwy rozkwit neurologii polskiej.

Edward Flatau urodził się 27 grudnia 1868 r. w Płocku. Tu ukończył gimnazjum i stąd w 1886 r. wyruszył na studia lekarskie w Uniwersytecie Moskiewskim. W czasie studiów dawał liczne dowody swego talentu. Największy wpływ wywarło na nim dwóch znakomitych uczonych rosyjskich: neuropatolog prof. Aleksiej J. Kożewnikow (1836–1902), autor licznych prac z zakresu neurologii, w szczególności afazji i epilepsji oraz prof. Siergiej S. Korsakow (1854–1900), psychiatra, który wprowadził nowoczesne metody leczenia i pielęgnowania psychicznie chorych, opisał zespół objawów z niepamięcią i omamami powstającymi na tle organicznego schorzenia mózgu lub alkoholycznego zapalenia nerwów.

W roku 1892 Edward Flatau uzyskał dyplom lekarza, a w rok po ukończeniu studiów udał się do Berlina, aby tam pogłębić wiedzę z anatomii, histologii i anatomii patologicznej układu nerwowego. W Berlinie szczęśliwy los zetknął go z gronem wybitnych uczonych, którzy otoczyli go prawdziwą opieką i przyjaźnią.

W 1894 r. Flatau zwrócił na siebie uwagę publikując swój „Atlas mózgu ludzkiego i przebiegu włókna”. Stworzył go przy pomocy specjalnie skonstruowanej kamery i po precyzyjnym odreparowaniu świeżego mózgu. Odtworzył na fotografiach, na których po raz pierwszy dał dokładne pojęcia o istotniejszych stosunkach wzajemnych do siebie poszczególnych bruzd i zwojów na powierzchni mózgu. Dzieło to zdobyło sobie takie uznanie, że wkrótce zostało przetłumaczone na język polski, angielski, francuski i rosyjski.

Przed młodym naukowcem z Polski uczeni berlińscy roztoczyli szerokie perspektywy naukowe. Byli wśród nich neurolog prof. Goldscheider, anatom i histolog prof. Weldeyer, fizjolog prof. Gad, neuropatolog L. Jacobsohn i Minor. Uczeni ci widząc w Polaku utalentowanego 26-letniego naukowca, chętnie angażowali się do współpracy z nim.

I tak z prof. Goldscheiderem podjął badania nad patologią komórki nerwowej. Przy pomocy rozmaitych czynników szkodliwych (mechanicznych, termicznych i toksycznych), badał zarówno zmiany anatomiczne zachodzące w komórce na skutek urazów, jak i funkcje tych komórek. Z prof. Gadem dokonał licznych eksperymentów na psach. Przecinał mianowicie poprzecznie rdzenie psów, opisywał potem symptomologię kliniczną i poddał krytyce prawo Bestiana-Brunsa o zanikaniu odruchów kolanowych po cięciu poprzecznym rdzenia. Z Gadem wykonał również liczne prace eksperymentalne, polegające na drażnieniu prądem elektrycznym powierzchni poprzecznie przeciętego rdzenia psów. Z tych badań wynikało, że szlaki piramidowe dla przedniej i tylnej kończyny biegną nieco oddzielone od siebie w obrębie piramidowym. Dzięki tym licznym operacjom na rdzeniu doszedł do twierdzenia, że istnieją pewne stałe prawa, według których przebiegają szlaki w rdzeniu, a zwłaszcza

cza ustalił prawo dotyczące długich szlaków w rdzeniu, które przebiegają zawsze obwodowo. Ustalone przez niego prawidłowości w przebiegu włókien rdzeniowych znane są jako „prawo Flatau”.

Wyniki swoich badań przedstawił Flatau na posiedzeniu Pruskiej Akademii Nauk w Berlinie, a następnie praca ta – już jako rozprawa doktorska – została obroniona na Uniwersytecie Moskiewskim. Prof. Jacobsohn tak pisał o niej: „*Wśród wielu prac, jakie w owym czasie ogłosił Flatau, jedna zwłaszcza wywarła na mnie wrażenie, ponieważ dzięki niej zostało w sposób prosty i szczęśliwy rozwiązane zagadnienie budowy części układu nerwowego*”.

W roku 1896 Flatau wraz z prof. Goldscheiderem prowadził badania doświadczalne nad rozprzestrzenianiem się wstrzykniętych roztworów Barnima do istoty szarej rdzenia, co miało na celu poznanie zagadnienia hematomii. W 1899 r. wraz ze swoim przyjacielem prof. Jacobsohnem napisał podręcznik anatomii i anatomii porównawczej ssaków oraz opracował część anatomiczną rozdziału o zapaleniu nerwów obwodowych w wielkim klasycznym podręczniku patologii Nothnagla. Wreszcie wspólnie z Jacobsohnem i Minorem wydał podręcznik anatomii patologicznej układu nerwowego.

Po 6-letnim pobycie E. Flatau w Berlinie udowodnił, że ukochał naukę i dążenie do prawdy naukowej. Swoim zachowaniem promieniował na otoczenie i pociągał je ku sobie. Na pozór zimny, surowy, zamknięty, nosił w sobie nieprzebrane pokłady przyjaźni, koleżeństwa i troski o chorych.

Nic dziwnego, że w roku 1899 młodemu 31-letniemu Polakowi, ale już znanemu na świecie badaczowi naukowemu, Uniwersytet w Buenos Aires ofiarował Katedrę Neurologii. Flatau odmówił, bo jako prawy Polak postanowił wrócić do kraju, by spłacić zaciągnięty dług wdzięczności.

Zaopatrzony w preferencje uczonych niemieckich oraz polskiego neurologa Józefa Babińskiego, w 1899 r. wrócił do Warszawy. Niestety nie otrzymał tu własnego warsztatu, a jedynie stanowisko konsultanta neurologicznego na oddziałach wewnętrznych u Teodora Dunina i Władysława Janowskiego oraz na oddziałach chirurgicznych Bronisława Sawickiego i Władysława Krajewskiego w warszawskim Szpitalu Dzieciątka Jezus.

Zaraz po przybyciu do Warszawy zorganizował własnym sumptem w swoim prywatnym mieszkaniu pracownię mikroskopową. „*Część swego mieszkania prywatnego odstępuje na pracownię mikroskopową, gdzie my, młodsi, zaprawiani byliśmy przez Flatau do pracy laboratoryjnej, nad którą roztaczał najczulszą opiekę: sprawdzał, doradzał, poprawiał w przerwach między jednym chorym a drugim, lub jeszcze po skończonych przyjęciach, późnym wieczorem*”. (3)

W roku 1913 dr Flatau urządził nową pracownię przy Towarzystwie Psychologicznym w Alejach

Jerozolimskich 85. Wreszcie, kiedy Warszawskie Towarzystwo Naukowe uzyskało nowy budynek przy ul. Sniadeckich 8, stworzył tam Pracownię Neurobiologiczną Instytutu im. Marcelego Nenckiego, którą kierował do końca życia.

W pracowni dr Flatau podjęto liczne badania doświadczalne z dziedziny plastyki nerwów obwodowych, o stwardnieniu rozsianym, badania nad przypadkami miastonii dostarczonymi przez doktora Goldflama. W latach następnych wyszły stąd wartościowe prace naukowe stworzone wspólnie z Janem Koelichenem, Władysławem Sterlingiem i Natalią Zyberlastówną. W niej prowadzone były pokazy anatomopatologiczne i histologiczne z zakresu neurologii.

I choć szczupła była to pracownia i mało zasobna w środki, to jednak potrafiła wykształcić młode i liczne pokolenie lekarzy z dziedziny neurologii według wzorów zachodnioeuropejskich. Z tej pracowni powiła ożywczy duch nauki przede wszystkim dlatego, że kierował nią człowiek niezwykle, pełen entuzjazmu i oddania nauce.

„*My wszyscy młodzi – pisał Herman – jego współpracownicy i uczniowie, patrzyliśmy na Niego z nieklamną wdzięcznością i szczerym podziwem. Z rozrzewnieniem wspominamy te chwile spędzone z nim razem. Do tej pracowni przychodziły liczne pielgrzymki chorych, którzy ze wszystkich stron dawnej Kongresówki przybywali do opromienionego sławą znakomitego lekarza*”.

W roku 1904 Flatau po zdaniu egzaminu konkursowego objął stanowisko ordynatora Oddziału Neurologicznego Szpitala Starozakonnych na Czystem po najstarszym z neurologów Władysławie Gajkiewicz, który przeniósł się do Szpitala Dzieciątka Jezus.

Teraz Flatau mógł powiązać pracę badawczą Pracowni z pracą kliniczną Szpitala. „*Badania kliniczne – pisał Flatau – prowadzone w ostatnich dziesiątkach lat dały poniekąd skończone, częstokroć wyczelowane do najdrobniejszych szczegółów obrazy kliniczne, zarówno wielu dawnych, jak i nowych typów chorobowych. Natomiast zrozumienie istoty tych chorób pozostało znacznie w tyle. Leczenie zaś poważnej liczby chorób układu nerwowego pozostało dotąd najczęściej bezsilne i rozbijało się o głuchą kamienną ścianę niepoznaną dotąd patogenety*”.

„*W ciągu ostatnich 10 lat życia Flatau – pisał jego asystent prof. E. Herman – będąc jednym z wielu jego asystentów w pracowni i w szpitalu, miałem okazję co dzień podziwiać jego nadzwyczajną systematyczność w pracy oraz jego wybitny talent organizacyjny. Nic nie mogło zakłócić porządku jego dnia, zaplanowanych godzin pracy. I dlatego Flatau, pomimo dużej praktyki prywatnej, którą uprawiał codziennie, zdążył tyle zdziałać*”.(4)

Dzień w dzień o godzinie 9 zjawiał się w Pracowni Neurobiologicznej przy ul. Sniadeckich 8, gdzie dokony-

wał doświadczeń na zwierzętach, przeglądał preparaty histopatologiczne, zbierał piśmiennictwo, dyskutował ze swoimi współpracownikami. O godz. 11 udawał się na kawę do pobliskiej kawiarni i już po 15 minutach jechał do Szpitala na Czystem przy ul. Dworskiej 15.

Pod koniec życia zabiegał o urządzenie niezależnej placówki badawczej, a mianowicie Instytutu Neurobiologicznego, ale te dążenia urzeczywistnili dopiero jego uczniowie.

Profesor Edward Flatau był wybitnym badaczem naukowym, utalentowanym klinicystą, pierwszorzędnym pedagogiem. Odznaczał się rzadko spotykaną wytrwałością w pracy, niezmordowaną energią i wyjątkową umiejętnością organizowania pracy zespołowej. Ciągłe pełen twórczego niepokoju podnosił coraz to nowe problemy badawcze. I tak w klasycznej pracy nad guzami złośliwymi układu ośrodkowego wywołał doświadczalnie za pomocą przeszczepień guzy mózgu, mózdzku i rdzenia. Śledził rozwój tych nowotworów, badał wpływ na nie rozmaitych czynników chemicznych, biologicznych, zwłaszcza promieni radu i Roentgena. Opierając się na pracy doświadczałnej zastosował radioterapię do guzów rdzenia i mózgu, zarówno bez uprzedniego zabiegu chirurgicznego, jak i po dokonanych zabiegach, wykazując korzystny wpływ obu metod.

Jako pierwszy, wspólnie z dr Krajewskim i dr Sawickim, 3 grudnia 1899 r. dokonał operacji guza rdzenia. On też był pierwszym krzewicielem szeroko stosowanej radioterapii w schorzeniach układu nerwowego (guzy rdzenia i mózgu, zapalenie surowicze opon, stwardnienie rozsiane, sprawy zapalne i migrena). W sumie pozostawił po sobie około osiemdziesięciu publikacji przedstawiających wielki materiał odkrywczej nauki, niezmierzony obszar dokonań badawczych i obserwacji, które przyniosły mu powszechną sławę.

Utworzył najpierw sekcję neurologiczno-psychiatryczną przy Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, przekształconą później w Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne. Przy Towarzystwie Medycyny Społecznej utworzył sekcję kliniczną. Był współzałożycielem Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego i Kwartalnika Klinicznego Szpitala Starozakonnych.

Rację miał prof. Paul Schuster z Berlina, który w Księdze Jubileuszowej z okazji 35-lecia działalności naukowej Edwarda Flatau pisał: „*Gdy powracam pamięcią do pięknych lat młodości spędzonych z Panem w Berlinie, staje mi zawsze przed oczyma, jak Pan, pomimo swoich zawsze najbardziej poważnych naukowych dążeń, nigdy nie trzymał się z dala od życia. Pan miał zawsze otwarte oczy i serce na wszystkie ludzkie sprawy i Pańskie naukowe cele były tylko zjawiskiem częściowym w dążeniu do poznania wszystkich ludzkich i biologicznych powiązań*”.

Harmonizując swe prace doświadczałne i anatomiczno-patologiczne z pracami klinicznymi starał się rozwiązać głównie 3 zagadnienia:

- 1) sprawy oponowe,
- 2) sprawy zapalne w układzie nerwowym,
- 3) sprawy nowotworowe.

Celem jego działalności było leczenie, ulżenie chorym i cierpiącym. Był to okres, kiedy nauka nie знаła zbawionego działania antybiotyków. Flatau wraz z Józefem Handelsmanem rozpoczął serię doświadczeń nad zapaleniem ropnym opon mózgowych. Wraz z Natalią Zyberlast-Zandową badał doświadczałnie i klinicznie reakcje opon na prątek gruźlicy, opisując trzy postacie tej reakcji:

- zapalenie opon surowicze,
- zapalenie opon gruźlicze ograniczone,
- zapalenie opon gruźlicze przewlekłe.

Wykazuje dobry wpływ naświetlań promieniami X w zapaleniu surowiczym opon. Był pierwszym w Polsce, który zwrócił uwagę na krwotoki podpajęczynówkowe.

Wiele lat badań poświęcił zagadnieniu stwardnienia rozsianego i zapalenia rozsianego mózgu i rdzenia. Opisał też pierwsze przypadki epidemii rozsianego zapalenia mózgu i rdzenia, a uczeni nazwali to dokonanie chorobą Redlicha-Flatau.

Wszystkie jego prace kliniczne zajęły poważne miejsce w piśmiennictwie światowym. Oryginalne schematy czucia Flatau do dnia dzisiejszego zdobią podstawowe podręczniki neurologiczne w wielu krajach.

Głównym przedmiotem zainteresowań i badań w ciągu kilkunastu ostatnich lat życia uczonego były nowotwory mózgu i rdzenia oraz ich leczenie. Obok obserwacji klinicznych starał się zgłębić doświadczałnie pochodzenie nowotworów oraz poznać wpływ leczniczy rozmaitych środków. On pierwszy propaguje korzystny wpływ skojarzonego leczenia operacyjnego z naświetlaniami promieniami Roentgena lub radu w nowotworach mózgu lub rdzenia.

Flatau był również prekursorem neurochirurgii polskiej. On pierwszy pobudzał prof. Bronisława Sawickiego oraz doktorów Zdzisława Sławińskiego i Pawła Goldsteina do operacji mózgowo-rdzeniowych.

Jako nauczyciel przywiązywał dużą wagę do wszystkich, którzy z nim współpracowali. Był dla nich cierpliwy i wyrozumiały, traktował swoich uczniów jak członków rodziny. W jej skład wchodził przede wszystkim profesorowie: Maurycy Bomsztajn, Eufemiusz Herman, Władysław Sterling, Jan Koelichen, L. E. Bregman, Natalia Zyberlast-Zandowa, Józef Handelsman i wielu innych.

W każdy poniedziałek na Oddziale Flatau odbywały się tradycyjne spotkania lekarzy specjalistów.

Przychodzili na nie, obok asystentów, także wybitni neurologowie jak Samuel Goldflam, Henryk Higier, Zyg-

munt Byczewski, Maksymilian Biro, a także lekarze innych specjalności jak: Stanisław Kopczyński, T. Kopeć. Na tych spotkaniach prof. Flatau dawał na początku informacje o najważniejszych wiadomościach bieżącego piśmiennictwa światowego, a następnie przy łóżku chorego omawiał wyczerpująco każdy przypadek. Uważnie słuchał każdego głosu, wyjaśniał wszystkie wątpliwości.

W 1929 r. na jubileusz 35-lecia pracy naukowej prof. Flatau uczniowie i współpracownicy wręczyli mu wspomnianą już Księgę Jubileuszową. Zawarto w niej 68 prac najwybitniejszych neurologów świata, w tym wielu uczniów Flatau. Wśród nich trzeba wymienić nazwiska: S. A. Kinniera Wilsona i Fryderyka Motta z Anglii, Paula Schustera, Bernharda Pollacka, S. Kalischera, O. Potzla, Emila Redlica z Niemiec, Georgesa Gullaina, Th. Alajauanine, Henri Claudea z Francji, Oskara Fischera z Czech, Otto Marburga z Austrii, E. A. Homena, G. Wangela z Finlandii, Karla Schaeffera z Węgier, W. M. Bechterewa, G. E. Szumkowa, M. Astvat Satoroffa z Rosji, M. Minkowskiego ze Szwajcarii, Casmira Franko-Mavinesco i Sayera z Rumunii.

*„Gdyśmy się zebrali w prywatnym gabinecie Flatau rano przed udaniem się jego jak zwykle do codziennej pracy, Flatau wysłuchał przemówienia prof. Zygmunta Szymanowskiego, wzruszony uścisnął serdecznie każdemu dłoń i rzekł: Chodźmy do pracy, Koledzy”.* W tej prostocie wyrażała się cała duchowa postać uczonego.

Pracował z pełnym oddaniem choremu aż do ostatnich dni życia. Zmarł 7 czerwca 1932 r. przeżywszy 64 lata. Pozostawił po sobie pamięć człowieka o dużej wiedzy, niespotykanej erudycji i doświadczonego badacza. Każdy, kto znał Flatau pozostawał pod jego urokiem.

Doktor Z. Wertenstein, uczeń Marii Curie-Skłodowskiej z Instytutu Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego, przemawiając nad trumną Flatau powiedział: *„Przez lat blisko 20 byłem najbliższym sąsiadem Twego Warsztatu, widywałem Cię niemal codziennie, podziwiałem równe, potężne tempo Twojej pracy i jej wielką wydajność pomimo tylu różnorodnych zajęć, które dzięki doskonalej równowadze Twego ducha składały się na harmonijną całość”.*

Gdy odszedł wielka gromada jego uczniów pogrążyła się w wielkim żalu. *„Odszedł od nas człowiek, mówił prof. Bornsztajn, jakby z jednej wykuty bryły, człowiek mocny i niezłomny, który szedł przez życie swoje całe krokiem pewnym. Ukochał naukę i dążenie do prawdy naukowej. Tym ukochaniem promieniował na otoczenie i pociągał je ku sobie”.*

Był dobry – nie tą dobrocią pospolitą, małą, czułościową. Na pozór zimny, surowy, zamknięty w sobie, nosił w sobie nieprzebrane skarby uczucia. Okazywał je przyjaciołom, uczniom, chorym należącym do najrozmaitszych warstw społecznych, do różnych narodowości, najrozmaitszej kultury.

Był to człowiek nie tylko dobry, ale i mądry. Rozumiał ludzi, znał ich słabości, traktował je najczęściej z uśmiechem i pobłażliwością. Jednego nie cierpiał – fałszu, karierowiczostwa, nierzetelnego stosunku do nauki, traktowania jej jako środka do zdobycia stanowiska. Dla takich ludzi miał tylko pogardę.

Stwarzał wokół siebie nie tylko atmosferę nauki, ale i atmosferę czystości moralnej. Mimo rozległości wiedzy i tak wielu dokonań był człowiekiem skromnym. Znał swoją wartość, ale nie był nigdy zarozumiały. Ambitny był zwłaszcza na punkcie swoich uczniów, tych głównie, w których zdolności i przyszłość naukową wierzył. Cieszył się z każdego ich sukcesu. Pamiętał ważniejsze prace swoich uczniów lepiej, niż oni sami. Był urodzonym nauczycielem i kierownikiem. Uczył jak nikt inny, najściślej precyzyjnego badania.

Dawał z siebie wszystko, niczego nie chowając zażdrośnie. Pisma naukowe, które studiował zwykle w niedzielne przedpołudnie, podsuwał współpracownikom z odpowiednią dedykacją. Dzięki tej pracy stał się twórcą pierwszej prawdziwej szkoły neurologicznej, z której wyszedł liczny poczet zdolnych i znanych na świecie lekarzy.

Do żadnej partii politycznej nie należał. Nie ekspozował na zewnątrz swoich przekonań, ale był szczerym demokratą nie w słowach, ale w czynie. Kochał szczerze tych, którzy mu w pracy pomagali.

Jak wspomina swego Mistrza profesor Natalia Zandowa, Flatau szanował każdą myśl twórczą. Najmłodszy wśród pracowników jego mógł wybrać sobie dowolny temat pracy. Flatau jako wybitny pedagog, dyskutował, taktownie ukazywał słabsze strony projektu i pozwalał rozwinąć skrzydła do lotu indywidualnego. Wtedy śledził jego bieg z wielkim zainteresowaniem.

Dla uczniów i dla przyjaciół pozostał wzorem człowieka. Dlatego w chwili jego odejścia poczuli się rozbitkami porzuconego na falach okrętu. Trzeba więc było trochę czasu, aby skupić się razem, ślubować pracę solidarną. W miejsce jednego wielkiego płomienia zapłonęło sto małych światełek godnych pamięci swego Mistrza Edwarda Flatau.

Dziś patrząc z perspektywy minionych lat mamy prawo zapytać, czy znamy dokonania tak wybitnego lekarza, jakim był Edward Flatau, czy nieubłagane biegący czas zatarł ślady jego zasługi? Czy czyny wielkich naszych przodków, które przez wieki ubogacały historię nauki i były cenną wartością naszego życia narodowego, mają nadal nieprzemijające znaczenie? Czy pozostawione przez nich wzorce moralne ubogacać mogą współczesnych?

Pamiętać przy tym winniśmy, że Edward Flatau – choć istotnie całe swoje życie poświęcił nauce – był też człowiekiem o wrażliwym sercu, rozwijającym działalność społeczną na rzecz ludzi cierpiących, opuszczonych i biednych. Był on aktywnym działaczem Towarzystwa Medycyny Społecznej skupiającego najbardziej postę-

powych lekarzy polskich. Wrażliwy na biedę i krzywdę społeczną, brał udział w licznych akcjach mających na celu ulżenie doli potrzebującym. Był również typowym humanistą, rozmiłowanym w polskich dziełach literackich, poezji i muzyce klasycznej. Człowiekiem wielkiej skromności i taktu, od którego moglibyśmy wszyscy uczyć się zasad dobrego wychowania.

*Doc. dr hab. Witold LISOWSKI*

#### LITERATURA:

- Bau Prussakowa S., E. Flatau, *Neurologia Polska*, 1937, 473.  
Bomsztajn M., *Człowiek i dzieło*, Księga Pamiątkowa Edwarda Flatau, Warszawa 1929.  
Bomsztajn M., E. Flatau, *Warszaw. Czasop. Lek.* 1932 Nr 47.  
Bergman L., *Twórczość naukowa E. Flatau*, *Warszaw. Czasop. Lek.* 1932 Nr 47

Herman E., E. Flatau jako semiolog, *Warsz. Czasop. Lek.* 1937 Nr 21.

Higier H., E. Flatau jako klinicysta, naukowiec, *Pol. Gaz. Lek.* 1932 Nr 47.

Koelichen J., E. Flatau jako klinicysta, *Warsz. Czas. Lek.* 1937 Nr 21.

Mackiewicz J., *Badania E. Flatau nad nowotworami układu nerwowego*, *Warsz. Czasop. Lek.* 1937 Nr 21.

Przemówienie nad trumną Edwarda Flatau (Sosnowski J., Orzechowski K., Goldman A., Natanson A., Orliński M., Goldflam S., Dydyński L., Bychowski Z. i inni), *Warszawskie Czasop. Lek.* 1932 Nr 24.

Zandowa N., E. Flatau jako nauczyciel, *Warsz. Czas. Lek.* 1932 Nr 47.

Konopka S., E. Flatau, *PSB T. VII*, Kraków 1948

(przedruk ze „Skalpela” nr 3/13)

## ETYKA

Współczesne Dylematy Bioetyczne Lekarzy

### Rozdział I

# ROLA LEKARSKICH KODEKSÓW ETYCZNYCH WE WSPÓŁCZESNYCH ZASADACH WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA

Etyka to zbiór norm obowiązujących bezwzględnie i norm uzasadnionych. Etos to normy etyczne praktycznie wdrożone i spontanicznie egzekwowane przez społeczność, najczęściej przez grupę zawodową. Bioetyka to zasady i normy obowiązujące w działalności medycznej. Wybór zasady bioetycznej musi być społecznie i prawnie akceptowany w systemach opieki zdrowotnej. Bioetyka to dziedzina wiedzy będącej na styku nauk medycznych i humanistycznych, która postrzegana jest przez europejskie samorządy lekarskie, jako praktyczna wiedza o moralnych standardach wykonywania zawodu lekarza, których przestrzeganie i znajomość przez swoich członków należy do podstawowych wymagań. Brak wiedzy i znajomości norm etycznych, a przede wszystkim nie przestrzeganie standardów bioetycznych w życiu zawodowym należy do najcięższych przewinień lekarza w Europie. Normy medyczno-prawne obowiązujące w danym kraju należy bezwzględnie przestrzegać, ale właśnie uzasadnieniem dla porządku prawnego muszą być akceptowane społecznie normy bioetyczne. Bioetyka to także pojęcie, które można zdefiniować, jako zespół norm etycznych dotyczących szeroko rozumianych relacji, jakie zachodzą pomiędzy społeczeństwem a osoba-

mi wykonującym tzw. zawody medyczne. W obiegowej opinii sprowadza się to relacji wzajemnej lekarz-pacjent. Jednak definiując tę relację szerzej – to także stosunek instytucji medycznych do pojedynczego pacjenta, który puka do drzwi z prośbą o pomoc. Ale to też relacja instytucji zajmujących się zdrowiem na problemy zdrowotne szeregowego obywatela, który często nie uświadamia sobie zagrożeń zdrowotnych związanych z chorobą i otaczającym go środowiskiem. Politycy nazywają to polityką zdrowotną z wrażliwością społeczną i solidaryzmem społecznym. Bardzo chętnie umieszczają takie hasła w swoich manifestach politycznych, w partyjnych programach. Natomiast medycyna określa tę dziedzinę wiedzy – socjologią medycyny. Społeczeństwo ustanawia prawo kierując się takimi normami etycznymi, których przestrzeganie egzekwuje od osób wykonujących zawody medyczne. Leczenie to uprawnienie nadane przez społeczeństwo. Tak było od zarania dziejów ludzkości i jest cały czas aktualnym twierdzeniem. W tym miejscu mogę pozwolić sobie na małą refleksję. Jeżeli społeczeństwo wymaga od nas lekarzy, oprócz aktualnej wiedzy medycznej, tak dużego poziomu przestrzegania norm etycznych i etosu zawodowego, to, dlaczego

tak żenująco mało nam płaci? Płaca lekarzy w Europie jest także instrumentem bioetycznym. Porównania płac różnych grup zawodowych wykonujących tzw. wolne zawody nie prowadzą do żadnych mądrych ekonomicznie wniosków. Jeżeli społeczeństwo chce od lekarzy wymagać etosu, przestrzegania norm etyki zawodowej i chce ustawić poprzeczkę bardzo wysoko, to poziom wynagrodzenia medyków musi być zawsze proporcjonalny do oczekiwań społecznych. Jest to prosta zasada bioetyczna – etyki sprawiedliwości w medycynie, która szeroko jest rozumiana i stosowana w świecie.

Kodeks etyczny grupy zawodowej można zdefiniować, jako uporządkowany zbiór nakazów i zakazów, zwykle utworzonych przez upoważnioną grupę osób i przyjęty, jako wyraz ideałów i zasad postępowania członków grupy lub organizacji zawodowej. Lekarskie kodeksy etyczne są tak stare, jak historia ludzkości. Potrzeba regulacji etycznej zawodów lekarskich wynika z następujących przesłanek. Lekarzom powierza się dobro elementarne, jakim jest zdrowie i życie człowieka. Brak możliwości sprawowania bieżącej i zewnętrznej kontroli społecznej działań lekarzy. Normy etyki lekarskiej to jedyny praktycznie dostępny środek bieżącej kontroli działań lekarzy. Na przestrzeni dziejów źródłem norm etyki lekarskiej były modlitwy, które zawierały osobiste deklaracje ideałów, treści religijne i bojaźń przed ryzykiem działań lekarskich. Lekarze składali przysięgi odwołujące się do publicznej deklaracji ideałów moralnych i dobrowolnego zobowiązania do rzetelnego wykonywania zawodu lekarza. Powstały pierwsze kodeksy lekarskie zawierające wszechstronne zobowiązania moralne, uwzględniające relacje pomiędzy lekarzem i pacjentem. Najstarszym kodeksem lekarskim jest Przysięga Hipokratesa. Mimo upływu dwóch i pół tysiąca lat to treść Przysięgi Hipokratesa jest ciągle aktualna i często cytowana. Na wstępie następuje inwokacja do bóstw i zobowiązanie wobec nich: „*Przysięgam na Apollona lekarza, na Asklepiosa, Hygieję i Panaceję oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich na świadków, że wedle mej możliwości i rozeznania będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań*”. W następnej części Przysięgi Hipokratesa zawiera umowę z nauczycielem zawodu. Zobowiązanie do wierności nauczycielowi i grupie zawodowej, troska o dobro grupy zawodowej, dbałość o monopol na leczenie. „*Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swoich braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom, synom swego mistrza oraz uczniom wpisanym i związanym prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu*”. W dalszych częściach Przysięgi Hipokratesa występują konkretne nakazy i rozwiązania bioetyczne. Troska o dobro chorego: „*Będę stoso-*

*wał zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, bronić ich od uszczerbku i krzywdy*”. Zakaz pomocy w samobójstwie i przerywania ciąży: „*Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją*”. Zakaz wykorzystywania swej przewagi nad pacjentem dla własnej korzyści: „*Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzić krzywdę lub szkodzić w inny sposób, wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast, jak i mężczyzn, wobec wolnych i niewolników*”. Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej: „*Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy*”. Autorem Przysięgi Hipokratesa nie był historyczny lekarz Hipokrates (460–377 roku p.n.e.). Prawdopodobnie jest to tekst pitagorejski, około 100 lat młodszy, który powstał pod wpływem medycyny staroegipskiej. Zaskakująca jest uniwersalność, aktualność, głęboka mądrość minionych wieków norm etycznych zawartych w Przysiędze Hipokratesa. Chciałoby się powiedzieć, dlaczego w dzisiejszej rzeczywistości nie wracamy to tych głębokich treści w życiu codziennym. Najstarsze kodeksy lekarskie to starochińskie: Sun Szu-miao (VII wiek), Chen Shih-kung (XVII wiek) oraz nowożytny Kodeks Thomasa Percivala (1803 rok). W XIX-wiecznym kodeksie Percivala zawarte są treści regulujące wzajemne stosunki między lekarzami oraz między lekarzami a pacjentami, personelem szpitalnym, aptekarzami i obowiązującymi normami prawnymi. Wymienione są cnoty lekarskie: delikatność, wytrwałość, pobłażliwość i autorytatywność. Występuje nakaz wzajemnego szacunku lekarzy, zakaz krytykowania kolegów, nakaz ukrywania różnic opinii, zakaz podkradania pacjentów.

Polskie kodeksy etyki lekarskiej sięgają XIX wieku. Można wymienić chronologicznie następujące dokumenty i ich sentencje: „Uchwała Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle” (1876 rok) – nakaz dbałości o godność zawodu, zakazy działań niegodnych lekarza, reguły chroniące interesy korporacyjne. „Zasady obowiązków i praw lekarzy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” (1884 rok) – zakaz odmowy pomocy lekarskiej bez uzasadnienia, informowanie pacjenta wedle uznania lekarza, prawo do oczekiwania posłuszeństwa pacjenta, obowiązek pacjenta darzenia lekarza zaufaniem (ujawnianie wszystkiego, wykonywanie zaleceń lekarza, nie szukanie innego lekarza), lekarz ustala wynagrodzenie za swoją pracę, reguły etykiety i prowadzenie konsyliów, zakaz krytykowania kolegów w obecności pacjentów, ustanowienie sądów koleżeńskich, obowiązki wobec społeczeństwa, obowiązek po-

szerzania wiedzy i dzielenia się nią z innymi lekarzami. „Kodeks Deontologii Lekarskiej” (1907 rok) – uchwalony przez X Zjazd Lekarzy i Przyrodników we Lwowie. „Zbiór zasad deontologii lekarskiej” (1935 rok) – uchwalony przez Walne Zebranie Naczelnej Izby Lekarskiej. „Zasady Etyczno-Deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego” (1967 rok) – uchwalone przez Walne Zgromadzenie Delegatów PTL. „Kodeks Etyki Lekarskiej” (1993 rok, nowelizacja 2003 rok) – uchwalony przez II, III i VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

Międzynarodowe kodeksy regulujące postępowanie lekarzy powstały po II Wojnie Światowej. W 1947 roku uchwalony został Kodeks Norymberski, który po raz pierwszy zajął stanowisko na temat badań biomedycznych. Etyczne zasady prowadzenia badań medycznych na ludziach zawarte zostały w Deklaracji Helsińskiej w 1964 roku. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy uchwaliło w 1949 roku Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej, utożsamiany też z Deklaracją Genewską. Najistotniejsze przesłania tego Kodeksu są następujące. Lekarz powinien zawsze dbać o najwyższe standardy postępowania zawodowego – dbałość o standardy profesjonalizmu. Lekarzowi nie wolno pozwolić, aby motyw zysku wpływał na jego wolny i niezależny osąd profesjonalny wydawany dla dobra pacjentów – zakaz dominacji motywu zysku. Lekarz ma we wszystkich rodzajach praktyki medycznej, ze współczuciem i poszanowaniem godności ludzkiej, poświęcić się świadczeniu kompetentnych usług medycznych, pozostając w pełnej niezależności technicznej i moralnej – poszanowanie godności pacjenta. Lekarz powinien postępować uczciwie w stosunku do pacjentów i kolegów oraz starać się ujawniać lekarzy wykazujących niedostatki moralności lub kompetencji oraz tych, którzy biorą udział w wyłudzeniu i oszustwie – obowiązek uczciwości i ujawniania nieprawidłowości. Następujące praktyki uznaje się za nieetyczne: ogłaszanie się przez lekarzy – zakaz reklamy, zakaz czerpania zysków z pośrednictwa medycznego. Lekarz powinien szanować prawa pacjentów, kolegów i innych pracowników medycznych oraz winien chronić informacje powierzone mu przez pacjenta – ochrona praw i prywatności pacjenta. Świadcząc opiekę medyczną, która może skutkować fizycznym i umysłowym osłabieniem pacjenta, lekarz powinien działać tylko w interesie pacjenta – szkody dla pacjenta mogą usprawiedliwiać tylko jego interesy. Lekarz powinien wykazywać ogromną ostrożność przy rozpowszechnianiu poza mediami profesjonalnymi informacji o odkryciach, nowych technikach i terapii – odpowiedzialne upowszechnianie wiedzy medycznej. Lekarz powinien poświadczać tylko to, co stwierdził osobiście – uczciwość w poświadczaniu. Lekarz powinien zawsze pamiętać, że jego obowiązkiem jest ochrona życia ludzkiego – nakaz ochrony życia ludzkiego. Lekarz winien pozostawić pacjentom do dyspozycji swoje całkowite oddanie i wszystkie zasoby swej

nauki. Kiedykolwiek badanie bądź leczenie wykracza poza zdolności lekarza, powinien on wezwać innego lekarza, który ma stosowne umiejętności – obowiązek lojalności wobec pacjenta. Lekarz powinien zapewnić absolutną, nawet po śmierci pacjenta, poufność dotyczącą wszystkiego, co wie o pacjencie – bezwzględna poufność. Lekarz powinien udzielać pomocy w sytuacjach nagłych na zasadzie humanitaryzmu, chyba, że ma pewność, że inni mogą i chcą takiej pomocy udzielić. Lekarz powinien postępować wobec swych kolegów tak, jakby chciał, aby oni postępowali wobec niego – wzajemność w stosunkach z innymi lekarzami. Lekarzowi nie wolno nieuczciwie przejmować pacjentów kolegów – zakaz nieuczciwej konkurencji. Lekarskie kodeksy etyczne powstały we wszystkich krajach europejskich i najczęściej mają one umocowanie prawne, tzn. przestrzeganie norm etycznych jest zagwarantowane prawem stanowionym w danym kraju. Odmienne rozwiązanie przyjęto w Polsce. Polski Kodeks Etyki Lekarskiej nie stanowi przepisów prawa w takim samym stopniu, jak ustawy i rozporządzenia. Będąc zbiorem zasad etycznych, adresowany jest nie do urzędów, sądów powszechnych, instytucji i zakładów opieki zdrowotnej, ale przede wszystkim do sumień poszczególnych lekarzy. To do nich ostatecznie należy rozważenie, czy zasady etyczne nie zostały naruszone w niepowtarzalnej sytuacji praktycznej. Taka interpretacja umożliwia kierowanie się normami etycznymi Kodeksu Etyki Lekarskiej, również wtedy, gdy prawo medycznie tego nie reguluje. Etyczne kodeksy lekarskie będą podlegały zmianom wraz z postępem technologicznym i cywilizacyjnym. Główne tendencje zmian w kodeksach przedstawiają się następująco: odchodzenie od paternalizmu na rzecz autonomii pacjenta i roli świadomej zgody, przeciwdziałanie interesom korporacyjnym, odpowiedzialność za zdrowie publiczne, konsekwencje prawne działań biomedycznych, uniwersalność standardów zawodowych, poszanowanie i definiowanie godności istoty ludzkiej.

Niewątpliwie najważniejszym dokumentem bioetycznym jest Europejska Konwencja Bioetyczna uchwalona przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w Oviedo (Austria) dnia 4 kwietnia 1997 roku. Uwzględniając szeroką i dość burzliwą dyskusję w parlamentach państw członkowskich Rady Europy dokument ten wraz z protokołami dodatkowymi jest we współczesnej medycynie najistotniejszym zbiorem praw i norm etycznych w ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny. Nie jest tylko lekarskim kodeksem etycznym, gdyż każda konwencja Rady Europy jest dokumentem prawnym. Europejska Konwencja Bioetyczna była otwarta do podpisu i ratyfikacji dla państw członkowskich Rady Europy oraz dla Wspólnoty Europejskiej. Niestety, mimo, że upłynęło już ponad 10 lat od uchwalenia tego dokumentu to Polska, jako jedyny kraj Wspólnoty Europej-

skiej nie ratyfikowała Konwencji. Europejska Konwencja Bioetyczna składa się z: preambuły, 14 rozdziałów, 38 artykułów oraz protokołów dodatkowych. Prawo do rekomendowania przez Komitet Zarządzający do spraw Bioetyki (CDBI) w przyszłości nowych protokołów dodatkowych, mających zastosowanie w rozwiązywaniu aktualnych dylematów bioetycznych, jako reakcja na postęp i rozwój technologii medycznych, pozwala na stwierdzenie, że Europejska Konwencja Bioetyczna jest dokumentem otwartym, nowoczesnym i przyszłościowym. Następujące zagadnienia poruszane są w Konwencji: prymat istoty ludzkiej, zasady sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej, standardy zawodów medycznych, świadoma zgoda na interwencje medyczne, ochrona osób niezdolnych do wyrażania zgody, ochrona osób z zaburzeniami psychicznymi, nagłe przypadki, życzenia medyczne wcześniej wyrażone, prywatność i prawo do informacji dotyczących zdrowia, zakaz dyskryminacji ze względu na dziedzictwo genetyczne, genetyczne testy prognozujące, interwencja wobec genomu ludzkiego, zakaz klonowania, zakaz dokonywania wyboru płci, badania naukowe w dziedzinie biologii i medycyny, ochrona osób poddawanych badaniom, ochrona osób niezdolnych do wyrażenia zgody na eksperyment medyczny, badania na embrionach ludzkich, pobieranie narządów i tkanek od żyjących dawców dla celów transplantacji, zakaz osiągnięcia zysku i wykorzystywania czę-

ści ciała ludzkiego, naruszenie postanowień Konwencji, debata publiczna, jako sposób rozwiązania problemów związanych z rozwojem biologii i medycyny, postanowienia końcowe dotyczące zmian przepisów, podpisanie, ratyfikacji i wejścia w życie oraz zasięgu terytorialnego. Europejska Konwencja Bioetyczna jest przekazem prawnym, ale znajdują się w niej zasadnicze, uniwersalne, wspólne zasady etyczne, przestrzegane przez ogół lekarzy europejskich.

Telegraficzny przegląd po najważniejszych lekarskich kodeksach etycznych pozwala na wyciągnięcie wniosku, że od współczesnego lekarza społeczeństwo wymaga nie tylko profesjonalizmu zawodowego, ale przede wszystkim przestrzegania norm etycznych gwarantujących, że wiedza medyczna będzie wykorzystywana tylko dla dobra tego społeczeństwa i to zarówno w wymiarze pojedynczego obywatela, jak i w przestrzeni publicznej. Bioetyka jest nieodłączną częścią wiedzy medycznej. Doskonalenie zawodowe, ustawiczne kształcenie i aktualizacja wiedzy medycznej należą do podstawowych obowiązków lekarza. Najważniejsze współczesne problemy bioetyczne to: autonomia pacjenta, etyka początku życia, etyka końca życia, etyka sprawiedliwości w medycynie. (Cdn)

Marek Neuberg

(przedruk z biuletynu OIL w Koszalinie nr 4/12)

## MEDYCYNĄ PO DYPLomie

### PŁODOWY ZESPÓŁ ALKOHOLOWY

Płodowy zespół alkoholowy (FAS, *Fetal Alcohol Syndrome*) jest zespołem chorobowym powstającym w wyniku uszkadzającego działania alkoholu etylowego na rozwijający się płód. FAS może objawiać się pod postacią wad rozwojowych układu nerwowego, uszkodzenia układu krwionośnego i kostnego, czy dysmorfii twarzy. Uważa się, że niedorozwój spowodowany przez spożywanie w czasie ciąży alkoholu jest wiodącą przyczyną chorób umysłowych.

Alkohol jest silnym teratogenem, bardzo łatwo przenika przez łożysko, dostając się do krwiobiegu dziecka. Po upływie około 60 minut od spożycia alkoholu przez matkę, jego stężenie w krwiobiegu płodu jest równe stężeniu alkoholu we krwi matki. Płód ze względu na niedojrzałość enzymatyczną wykazuje małą tolerancję wobec alkoholu etylowego. Drastycznymi następstwami ekspozycji płodu na duże stężenia alkoholu etylowego mogą być: nagły zgon płodu czy samoistne poronienie.

Kryteria rozpoznania FAS:

- zahamowanie wzrostu w okresie przedporodowym i poporodowym (wskaźnik wzrostu do wagi znajduje się poniżej 10. centyla),
- charakterystyczne cechy twarzy (wygładzona rynienka nosowa, cienka górna warga, wąskie szpary powiekowe),
- objawy świadczące o nieprawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju, dysfunkcyjne zachowania, upośledzenie umysłowe, wady rozwojowe czaszki lub mózgu),
- potwierdzenie w wywiadzie narażenia na spożycie alkoholu przez matkę podczas ciąży.

Poza typowymi cechami dysmorfologicznymi twarzy, prenatalnym i postnatalnym zaburzeniem wzrostu oraz upośledzeniem umysłowym, u około 80% dzieci stwierdza się małopłowie oraz zaburzenia zachowania.

50% dotkniętych FAS dzieci wykazuje również słabą koordynację, hipotonię, zaburzenia związane z deficytem skupiania uwagi, zmniejszoną objętość tkanki tłuszczowej. Poza tym często występują wady serca,

naczyniaki oraz wady oczu i uszu. U dzieci z płodowym zespołem alkoholowym występują zaburzenia poznawcze, psychospołeczne oraz nieprawidłowości w zachowaniu, co powoduje, trwające całe życie, inwalidztwo. Poziom upośledzenia różni się w poszczególnych przypadkach, co między innymi zależy jest od wieku i innych okoliczności. Zaburzenie funkcji poznawczych manifestuje się w różny sposób. Mogą występować problemy w myśleniu matematycznym, abstrahowaniu czy dokonywaniu uogólnień. Poza tym osoby z FAS mają problemy ze skupianiem uwagi, deficyt pamięci, brak im również umiejętności krytycznej oceny sytuacji. Dodatkowo obserwuje się w tej grupie osób takie zaburzenia zachowania, jak nadpobudliwość, impulsywność, skłonność do kłamstwa, kradzieży, upór i buntownicze zachowanie. Również często stwierdzane są choroby psychiczne, uzależnienia od substancji chemicznych, wchodzenie w konflikt z prawem.

W Polsce rodzi się ponad 400 000 dzieci rocznie, z czego 0,3% to dzieci z płodowym zespołem alkoholowym. Natomiast u ok. 3% dzieci obserwuje się rozmaite zaburzenia rozwojowe spowodowane alkoholem klasyfikowane jako płodowy efekt alkoholowy. Płodowy efekt alkoholowy (FAE, *Fetal Alcohol Effect*) jest to termin używany, jako określenie częściowego FAS (pFAS, *Partial Fetal Alcohol Syndrome*). Głównymi objawami FAE są: opóźnienie wzrostu, nieprawidłowości dotyczące budowy płodu oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Do skutków przyjmowania przez ciężarne kobiety alkoholu, poza FAS i FAE zalicza się również: zaburzenia neurorozwojowe spowodowane używaniem alkoholu (ARND, *Alcohol-related Neurodevelopmental Disorders*) oraz wady wrodzone spowodowane używaniem alkoholu (ARBD, *Alcohol-related Birth Defects*).

W ciąży zalecana jest całkowita abstynencja. Kobieta nie powinna pić alkoholu tak długo, jak długo może zająć w ciąży. Przygotowanie do ciąży powinno uwzględnić abstynencję, nie tylko kobiety. Zaleca się, aby para, która planuje poczęcie dziecka, trzy miesiące wcześniej powstrzymała się od picia alkoholu.

W badaniach ogólnopolskich przeprowadzonych w 2005 roku na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wykazano, że aż 33% kobiet w wieku prokreacyjnym (18–40 lat)

piło alkohol w ciąży. Badania amerykańskie, opublikowane w 1999 roku ustaliły, że 15% kobiet piło alkohol w ciąży raz w miesiącu lub częściej. Badania z 2007 roku prowadzone w Wielkiej Brytanii pokazały, że w ciąży spożywa alkohol aż 75% kobiet, co najprawdopodobniej związane jest z obowiązującymi tam dotychczas zaleceniami odnośnie spożywania alkoholu w ciąży.

Według badań, jakie zostały przeprowadzone przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej na zlecenie Związku Pracodawców Polskiego Przemysłu Spirytusowego w 2010 roku w ramach kampanii edukacyjnej „Lepszy start dla Twojego dziecka” aż 10% Polaków twierdzi, iż kobieta w ciąży może pić alkohol. Kolejne 14% uważa, że wypity w niewielkich ilościach alkohol nie szkodzi ani kobiecie, ani jej dziecku. Aż 34% Polaków deklaruje, że było świadkiem, kiedy kobieta w ciąży piła alkohol.

Zalecenia dotyczące spożycia alkoholu w ciąży różnią się w poszczególnych krajach. W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Francji rekomendowana jest całkowita abstynencja, natomiast w Wielkiej Brytanii do 2007 roku dopuszczano spożycie niewielkiej ilości alkoholu przez ciężarne. Nadal zalecenia odnośnie tego zagadnienia są w Wielkiej Brytanii niespójne. Departament Zdrowia od 2007 roku rekomenduje całkowitą abstynencję, natomiast The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists dopuszcza spożycie niewielkich ilości alkoholu.

Zgodnie z rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii ze względu na nieznaną bezpieczną dawkę alkoholu w ciąży, kobietom w ciąży i planującym zająć w ciąży rekomenduje się całkowitą abstynencję. Ponadto zaleca się prowadzenie ogólnospołecznych kampanii edukacyjnych dotyczących ujemnego wpływu alkoholu na płód. Zachęca się pediatrów, aby przyjęli rolę liderów w procesie publicznej edukacji mającej na celu zmniejszenie częstości występowania FAS.

Iwona SADOWSKA-KRAWCZENKO

Od redakcji:

Dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko – pediatra, specjalista neonatolog, specjalista epidemiolog, pracuje na Oddziale Noworodków, Wcześnieńców i Intensywnej Terapii Noworodka Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biźziela w Bydgoszczy.

Wykład o tej tematyce został wygłoszony też przez Autorkę w cyklu wykładów „Medyczne Środy” organizowanym przez CM UMK.

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 2/11)

## WSPOMNIENIE O PANI ZOFII GANCARZ

29 kwietnia 2013 roku odeszła długoletnia pielęgniarka Oddziału Dziecięcego w Nysie – Zofia Gancarz.

Niecały rok temu żegnaliśmy Panią dr Magdalenę Kozarzewską – mojego i nie tylko mojego MISTRZA. Pani Zosia – pielęgniarka... kolejny MISTRZ, którego dziś żegnam. PIĘKNY, DOBRY CZŁOWIEK. MISTRZ? – TAK!

To od Niej również uczyłam się pediatrii. Ja? – pani doktor?? uczyłam się od Pielęgniarki??? Tak! Przy niej właśnie „raczkowałam”, stawiałam pierwsze kroki na dyżurach. Ona uczyła mnie obserwować chore dzieci.

Przy niej, ponad 30 lat temu wykonałam pierwszą punkcję lędźwiową, w noc Bożego Narodzenia... Obie wyhodowałyśmy wtedy pierwszego meningokoka! Pamiętam, jak ogrzewała swoimi spracowanymi dłońmi butelkę z pożywką, a potem przejęta, niosła materiał do laboratorium, sama, drepcząc na umordowanych nogach. Byli młodszy, którzy mogli to zrobić, ale... pani Zosia musiała osobiście! Była odpowiedzialna, lubiła doprowadzać sprawę do końca.

Pani Zosia... To dzięki Niej czułam się bezpiecznie na dyżurach. Wiedziałam, że niczego nie przeoczy, właściwie oceni sytuację, podpowie, zwróci uwagę na to co istotne, ważne...

Kiedy myślę Pani Zosia, to przychodzi mi do głowy niemożne skojarzenia, SŁOWA, które z codziennego słownika odeszły(?) odchodzą(!) do lamusa:

- uczciwość,
- pracowitość,

- rzetelność,
- skromność,
- powinnoś,
- solidność,
- serdeczność,
- lojalność,
- obowiązek...

Kiedy myślę Pani Zosia, to widzę zmęczone nogi, dobre, niebieskie oczy i zatroskaną twarz... Szanowała nas też Pani Zosia – nas żółtodziobów, „doktorków”, którzy uczyli się od Niej... Szanowała i zachowywała dystans. Ale... umiała też po matczynemu podsunąć talerzyk z ciepłym, pysznym jedzeniem, które szykowała po wykonaniu wszystkich lekarskich zleceń w ciasnej kuchence na Oddziale.

Była/jest (!) autorką wielu celnych, dowcipnych powiedzonek, które na stałe goszczą w moim słowniku (dopisywało jej poczucie humoru!).

Kiedy myślę Pani Zosia... przychodzi mi też skojarzenie SABRA – to hebrajskie słowo, które oznacza kolczasty owoc kaktusa o niezwykle delikatnym wnętrzu, wybornym, dobrym miąższu...

Pani Zosia... tak dzielnie dźwigała swój los. Jej życie naznaczone ciężką chorobą, cierpieniem, dramatami rodzinnymi...

Pani Zosia... PIĘKNY CZŁOWIEK, dzięki takim ludziom jest nam łatwiej i radośniej żyć! UDAŁA SIĘ PANU BOGU NASZA PANI ZOSIA!!!

*Marta RUSZECKA  
lekarz pediatra*

### BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X

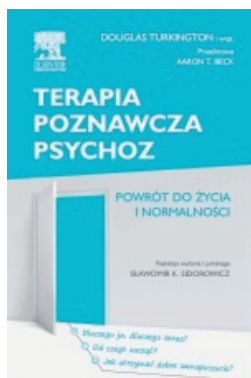
**Elsevier Urban & Partner**

Sp. z o.o. 50-011 Wrocław,  
ul. Kościuszki 29

**Zamówienia:** [www.elsevier.pl](http://www.elsevier.pl)

tel. 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86

**e-mail:** [zamowienia@elsevier.com](mailto:zamowienia@elsevier.com)



**Terapia poznawcza psychoz. Powrót do życia i normalności;** D. Turkington; wyd. I polskie, red. S. K. Sidorowicz; ISBN: 978-83-7609-921-7, format: 145 x 205, okładka broszurowa, 200 stron, cena: 77.40 zł (172 ELS pkt)

Książka zawiera opisy wielu technik umożliwiających pracę terapeutyczną z chorymi z objawami psychotycznymi, a także niezbędne informacje teoretyczne.

Pozycja jest przeznaczona nie tylko dla terapeutów poznawczo - behawioralnych, ale także lekarzy psychiatrów, pielęgniarzek, terapeutów zajęciowych, chorych i ich rodzin.

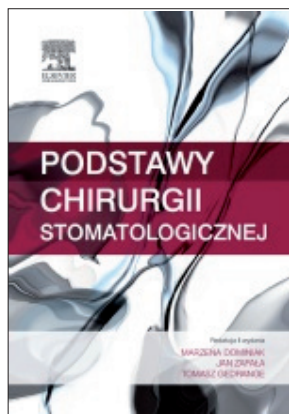
W książce: • Techniki kontrolowania objawów i zapobiegania nawrotom • Ćwiczenia, dzięki którym pacjent może lepiej radzić sobie z chorobą oraz zwiększać samoświadomość • Sugestie dla rodzin chorych i pracowników służby zdrowia dotyczące sposobu zwracania się do pacjentów i udzielania im skutecznej pomocy

\*\*\*

## Podstawy chirurgii stomatologicznej

II wydanie, red. M. Dominiak, J. Zapala, T. Gedrange; ISBN: 978-83-7609-859-3, format: 210x300, opr. twarda, 294 strony, cena: 132.30 zł (294 ELS pkt);

Książka ta jest niezbędnikiem dla studenta stomatologii i medycyny oraz dla lekarzy stomatologów, którzy mogą do niej sięgnąć w celu przypomnienia sobie zdobytej wiedzy podczas toku studiów czy też podczas specjalizacji. Zebrane zagadnienia w niezwykle nowatorski, współczesny

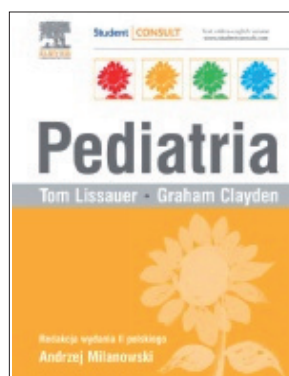


i kompleksowy sposób opisują standardy, jak i najnowsze osiągnięcia chirurgii stomatologicznej.

Z przedmowy: • budowa narządu zębowego z wyszczególnieniem wszystkich jego strukturalnych i funkcjonalnych elementów, • badanie pacjenta z uwzględnieniem współczesnych sposobów oceny stanu zdrowia jamy ustnej, • ocena ogólna pacjenta i sposoby postępowania z pacjentem cierpiącym na różne schorzenia ogólnoustrojowe, • sposoby znieczulenia miejscowego i ogólnego w stomatologii, • narzędzia oraz techniki ekstrakcji zębów, • sposoby gojenia zębodołu poekstrakcyjnego, • materiały stosowane do regeneracji kości zębów.

\*\*\*

**Pediatrya;** T. Lissauer; wyd. II polskie, red. A. Milanowski; ISBN: 978-83-7609-815-9, format: 190x260, opr. broszurowa, 594 strony, cena: 138.60 zł (308 ELS pkt);



Z pełnym przekonaniem polecam ten podręcznik wszystkim nauczycielom akademickim z klinik pediatrycznych jako podstawę w kształceniu studentów, tym bardziej że książka ta wykazała już swoją przydatność w dydaktyce, o czym świadczy liczba tłumaczeń na obce języki oraz jej obecność w klinikach pediatrycznych wielu krajów świata. Jestem również przekonany, że podręcznik będzie służył pomocą w nauce pe-

diatrii nie tylko studentom. Także lekarze opieki podstawowej- pediatrzy i lekarze rodzinni- z pewnością znajdą w nim wiele praktycznych wskazówek dotyczących postępowania z dziećmi w zdrowiu i w chorobie. Książka powinna znaleźć miejsce w ich podręcznym księgozborze.

*Z przedmowy do wydania II polskiego*

- Zakup książki upoważnia do bezpłatnego dostępu do: [www.studentconsult.com](http://www.studentconsult.com)
- Dostęp do pełnego tekstu i materiału ilustracyjnego wersji oryginalnej. • Odsyłacze do treści dodatkowych z innych tytułów biblioteki STUDENT CONSULT.

\*\*\*

**Algorytmy żywienia dzieci;** D.L. Su-skind, P. Lenssen; wyd. I polskie, red. J. Jeszka, M. Krawczyński; ISBN: 978-83-7609-920-0, format: 210 x 295, opr. broszurowa, 170 stron, cena: 70.20 zł (156 ELS pkt);



Publikacja jest przeznaczona dla praktykujących dietetyków, pediatrów oraz wszystkich osób zainteresowanych problematyką żywienia, a także studentów medycyny i kierunków pokrewnych.

„W książce w ciekawy i nowoczesny sposób opisano, jak żywić dziecko, aby zapewnić mu prawidłowy rozwój oraz jakie są jego potrzeby i na czym polegają różnice w żywieniu dzieci w poszczególnych okresach ich rozwoju”.

„Zasady planowania i realizacji żywienia przedstawiono w postaci algorytmów, zwięźle i jasno wytyczających drogę postępowania żywieniowego w zależności od diagnozy i postępów w leczeniu”.

„Schematy postępowania każdorazowo zostały poprzedzone informacjami ogólnymi, obejmującymi definicje choroby, diagnostykę, konsekwencje żywieniowe i wskazania, jak planować żywienie w różnych stanach chorobowych”.

*Z przedmowy do wydania I polskiego*



## NEUROPSYCHIATRIA I NEUROPSYCHOLOGIA 2013 UPDATE

POZNAŃ, 21–22 listopada 2013 r.

### Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013 Update

Serdecznie zapraszamy na kolejną edycję konferencji Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013 Update pod naukowym kierownictwem prof. dr hab. med. Janusza Rybakowskiego, która odbędzie się 21–22 listopada br. w Poznaniu. W programie m.in.: stwardnienie rozsiane, postępy w psychoterapii choroby afektywnej dwubiegunowej, lateralizacja mózgowia, ból w chorobach psychicznych, plastyczność ciała migdałowatego, terapie migreny, genetyka osobowości, euforia i analgezja: oblicza działania opioidów, neurobiologia autyzmu, choroby afektywnej dwubiegunowej oraz inteligencji emocjonalnej. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 21–22 listopada 2013 r.

**Miejsce konferencji:** Poznań, Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a

**Organizatorzy:** Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcja Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*

**Kierownik naukowy:** prof. dr hab. med. Janusz Robakowski

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

\*\*\*



## POST EULAR & ACR

POZNAŃ, 15–16 listopada 2013 r.

### Post Eular & ACR

W ostatnich latach obserwuje się niebywały postęp w zakresie diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych. Jego najdobitniejszym wyrazem jest całkowita zmiana strategii terapii chorób reumatycznych o podłożu zapalnym dzięki wprowadzeniu na początku XXI wieku leków biologicznych.

Najważniejszym światowym forum dyskusyjnym, na którym podejmowana jest problematyka reumatologiczna, są coroczne kongresy Europejskiej Ligi Przeciwrzeumatycznej (EULAR). W listopadzie 2012 r. zorganizowaliśmy w Poznaniu konferencję POST\_EULAR 2012, podczas której próbowaliśmy zainteresować uczestników tematyką ostatniego kongresu EULAR.

Ogromne zainteresowanie lekarzy z całej Polski zobowiązuje nas do kontynuowania tego typu spotkań, stąd propozycja kolejnej konferencji w dniach 15–16 listopada 2013 r. Podczas POST\_EULAR 2012 wybitni wykładowcy z całego kraju prezentowali również doniesienia z ostatniego kongresu Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (ACR), drugiego obok EULAR najistotniejszego spotkania reumatologów z całego świata, które zwyczajowo odbywa się każdego roku na przełomie października i listopada.

W związku z tym tegoroczną edycję chcielibyśmy nazwać POST EULAR & ACR 2013 i przedstawić w miarę możliwości najważniejsze doniesienia z obydwu kongresów – organizowanego w Madrycie EULAR 2013 i w San Diego ACR 2013. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 15–16 listopada 2013 r.

**Miejsce:** Poznań, Hotel IBB Andersia, Plac Andersa 3

**Organizatorzy:** Klinika Reumatologii i Rehabilitacji Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, wydawnictwo *Termedia*

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

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

\*\*\*



XX SYMPOZJUM INSTYTUTU KARDIOLOGII  
WYBRANE ASPEKTY  
DIAGNOSTYKI I LECZENIA  
CHOROBY SERCOWO-NACZYNIOWYCH 2013  
WARSZAWA, 23 listopada 2013 r.

### Symposium Instytutu Kardiologii

Od dwudziestu lat Instytut Kardiologii organizuje sympozja naukowo-szkoleniowe, w trakcie których przybliżane są najnowsze osiągnięcia z zakresu epidemiologii, diagnostyki, leczenia farmakologicznego, interwencyjnego i operacyjnego chorób układu krążenia.

Temat tegorocznego Sympozjum to „Wybrane aspekty diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych 2013”. Pierwsza sesja poświęcona będzie interwencyjnemu leczeniu wad zastawkowych serca. W trakcie tej sesji omówimy i przedstawimy przypadki przeznaczeniowego wszczepienia zastawki aortalnej i płucnej oraz interwencyjnego leczenia niedomykalności mitralnej i przecieków okołozastawkowych. Podczas drugiej sesji zaprezentowane zostaną najważniejsze zagadnienia dotyczące tętnicowego nadciśnienia płucnego wtórnego do wad wrodzonych i nabytych serca. W trakcie trzeciej sesji omówione zostanie optymalne postępowanie

u chorych z migotaniem przedsionków. Podczas ostatniej sesji zaprezentowane zostanie coraz większe znaczenie badań genetycznych w diagnostyce chorób sercowo-naczyniowych u człowieka z uwzględnieniem sekwencjonowania następnej generacji.

**Termin:** 23 listopada 2013 r.

**Miejsce:** Warszawa, hotel Marriott, Al. Jerozolimskie 65/79

**Organizatorzy:** Instytut Kardiologii w Warszawie, wydawnictwo *Termedia*

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Witold Rużyłło

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 822 77 81, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\*\*\*



ZACHODNIOPOMORSKIE  
DNI HIPERTENSJOLOGICZNE  
SZCZECIN, 26 października 2013 r.

### Zachodniopomorskie Dni Hipertensjologiczne

Zapraszamy do udziału w konferencji I Zachodniopomorskie Dni Hipertensjologii, która odbędzie się 26 października 2013 r. w Szczecinie. Inspiracją do zorganizowania spotkania poświęconego tej problematyce jest fakt, że w XXI wieku stanęliśmy w obliczu epidemii nadciśnienia i jego powikłań. Schorzenie to według WHO stanowi najistotniejszą epidemiologicznie pośrednią przyczynę zgonów na świecie, ponieważ zwiększa ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych.

Strategia oraz najnowocześniejsze metody leczenia nadciśnienia tętniczego – to główne tematy I Zachodniopomorskich Dni Hipertensjologii. W programie znajdują się sesje plenarne z udziałem ekspertów, a także interaktywna sesja warsztatowa. **Uczestnicy Kongresu otrzymają punkty edukacyjne.**

**Termin:** 26 października 2013 r.

**Miejsce:** Szczecin, Radisson Blu, Plac Rodła 10

**Przewodnicząca Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. n. med. Krystyna Widecka

**Organizatorzy:** Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, wydawnictwo *Termedia*

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