



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Lipiec–Sierpień 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 191–192

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

„...albo na dnie,
z honorem lec!”



Fot. Adam Bagiński

Przemilczenia

Jak patrzeć na *Zająca* Jana Cybisa? Czy wystarczy się zachwycić fantazyjną kompozycją, harmonią barw, ich zestawieniem, nasyceniem, dźwięcznością? Czy też warto zobaczyć, co się kryje w tle, tam, gdzie mieszka ten drugi?

Zając wisi głową w dół. I wcale nie wygląda na pechowca, zdechlaka czy ofiarę łowców skór. Ten na obrazie to pewnie król szaraków, pierwszy z miotu, zuch. Wisi, bo lubi, a może ćwiczy przed jakimś pokazem? Wytrzeszczył blaski (*psy Velasqueza, nawet kiedy leżą, mają otwarte oczy* – zauważył Daniel Arasse), postawił słuchy, wycesał strzyże, chwali się torsem. A nos natarł wazeliną – toteż się świeci jak szylkretowa gałka z laski Balzaka. Turzyca też się błyszczy na kicaju, jakby do mycia używał olejku z rycyny lub przynajmniej szamponu z siedmiu ziół. Uczesał się modnie, z przodu na jeża, z tyłu dłużej, natomiast ogon to już prawdziwe mistrzostwo sztuki fryzjerskiej. Każdy włos przycięty na ukos tak, że całość układa się w romb.

To ci dopiero artysta, linoskoczek polny. Pręży się, przegina, najwyraźniej czeka na oklaski albo pełne zachwytu okrzyki – brawo, junaku! Skokami uczeplił się drążka. Niełatwo wytrwać w takiej pozycji, bo przecież brzuch gruby, a łapy słabe, na pazury nie bardzo może liczyć. Ale przyznać trzeba, że gach trzyma fason.

Ale co to za jasna plamka u góry? Czy to nie sznur, który się wrzyna w ciało? Teraz dopiero, kiedy się przyjrzeć, widać ranę na szyi – dziurę po kuli z dubeltówki. A z dziury cieknie krew. Więc to jednak trofeum myśliwskie! I nagle zaszumiało i urósł las. Linijką przyjechali panowie ubrani w szare bluzy, oni znają wszystkie ścieżki, wiedzą, gdzie się chowa zwierzyna, rozpoznają poskręcane korzenie, szerokie suknie leszczyn i zwały zeszłorocznych liści. I słychać ćwierkanie wróbli, stukanie dzięciołów, przechwałki sójek i śpiewy wilg, szelest suchych traw, trzask łamanych gałązek, anonsy psów, które poszły od południa. – Pierwszy strzał do zająca! – woła gajowy.

Czy był tam Jan Cybis? Czy też nosił kurtkę ze szlufkami i tam wtykał naboje do strzelby? Czy raczej siedział pod olchą i pędzlem naszywał zające na tło? Bo pierwotnie namalował dwa szaraki. Na atlasowym, ciężkim drugim planie pozostały jeszcze cienie, niewyraźne ślady po tamtym. Widać pręgowany brzuch, sierść zmierzwną na kłębie, te Cybisowskie sensoryjne zestawienia barw – pociągnięte teraz czerwoną farbą. *Nawet najwięksi spośród malarzy nie zawsze umieją przewidzieć rezultat swojej pracy* – mówił kiedyś studentom. I ciągle poszukiwał, łączył, mieszał i zmieniał. Nie potrafił skończyć. Jakby sam proces tworzenia był ważniejszy od dzieła.

Józef Czapski czasem się złościł na mistrza. Przychodził do pracowni, podziwiał gotowy obraz – martwą naturę na przykład – te niepowtarzalne duety i tria, barwną grę oddającą materiał, formę; zachwycał się światłem – wspólnym dla każdego przedmiotu, takim rozproszonym, wibrującym, wyrażonym walorem. Pod wpływem tego światła materia nabierała blasku, kolory wzajemnie się podbijały, porządkowały. Naraz z chaosu rodził się ład, z jakąś kryształową



„Zając” Jana Cybisa z kolekcji Muzeum Śląska Opolskiego (fot. Rafał Mielnik)

karafką – bohaterką pierwszego planu. Pozostałe bibeloty stawały się dla niej naturalnym dopełnieniem. Tworzyły nastrój. A po kilku dniach obraz zniknął przemalowany, gubił się pod grubą warstwą farby. Jakby autor ciągle powtarzał za Goethem: *Tylko przemianie jestem wierny*.

Powróćmy do *Zająca* (z roku 1947). Może

śmiało udawać kaskadera, cyrkowca albo kapelmistrza-sportowca. To zresztą nie jedyny szarak Cybisa. Później też malował różne marczaki i nazimki, leżą na komodach, a czasem ich truchła zwisają z drągów. I nie ma najmniejszych wątpliwości, że to *natura morte*. Jedynie ten wierzy, że ocaleje, nie raz już był w tarapatach i wychodził z nich cało; przeżył wojnę, bombardowania.

Artysta też przetrwał, odnalazł przyrodnie siostry we Wróblinie. Porzucił rozmyte szarości, zmętniałe granaty, duszne zielenie. Patrzył, jak się szkli rzepak, jak płynie szerokimi łanami, podtapia wsie, zamyka kępki drzew, słupy wysokiego napięcia i przydrożne kapliczki. Zobaczył świat w żywszych kolorach. Na płótnach z tamtego okresu *kolor nabiera soczystego blasku* – zauważył Zdzisław Kępiński; czuć wesele, uciechę. *Zając* zbudował rzeźbiarsko, użył ciepłych brązów, kasztanu, beżu, pomarańczy; chciał chyba wróżyć z barw. Ułożył je zatem na dywanie, na mięsistych karminach, zaczął od jasnych i stopniowo nawarstwiał odcienie, aż skończył na brunatnych. Potem zamknął bryłę grubą krechą – dość osobliwym ornamentem.

Jak patrzeć na ten obraz? Czy wystarczy się zachwycić fantazyjną kompozycją, harmonią barw, ich zestawieniem, nasyceniem, dźwięcznością? Czy też warto zobaczyć, co się kryje w tle, tam, gdzie mieszka ten drugi? (*Uciekaj, króliku* – napisał John Updike, tamten więc uciekał, aż się schował za makatą.) Dlaczego Cybis go zatuszował, przemilczał – chodziło mu wyłącznie o formę czy może o coś więcej? Bo to niby radość, optymizm, wiara w lepsze jutro, lecz jak w piosence: *cóż – cień się kładzie*. Zdaje się, że artysta celowo pozostawił znak. Wojna się skończyła, ktoś odszedł, ktoś ocalał, a jednak musi udawać, by żyć – być komediantem, kłownem, mimem, który czasem wisi głową w dół.

Agnieszka KANIA

Zabiegani w codziennym trudzie i przytłoczeni bieżącymi problemami nie zauważyliśmy pewnie, że upłynęła już pierwsza połowa roku i nadeszły wakacje. Ten tak upragniony przez wszystkich – zwłaszcza teraz – czas beztroskich chwil nicnierobienia, poznawania nowych zapachów i smaków, przebywania w pięknych miejscach. Myślę, że po raz pierwszy naprawdę się nam to wszystkim należy.

Pierwsza połowa roku upłynęła bowiem w nerwowej, pełnej niepokojów atmosferze. W chwili, gdy piszę te słowa (połowa czerwca) nie wiadomo jeszcze kto zostanie nowym Prezesem NFZ, nie wiadomo także, jak będzie przebiegał nasz receptowy protest – czy zdołamy skonsolidować swoje szeregi, czy po raz kolejny zwycięży prywatna i sobiepaństwo. Wg naszych izbowych informacji na Opolszczyźnie przystąpienie do protestu zadeklarowało 4/5 wszystkich lekarzy – podobnie, jak w Małopolsce. To wspaniała informacja, ale czy rzeczywiście wszyscy oni spełnią swoje obietnice? Zobaczymy.

Mam także nadzieję, że nowy Prezes szybko wycofa się z restrykcyjnych zapisów umów niechlubnego autorstwa swojego poprzednika. Czytając te słowa będziecie znali już – przynajmniej w części – odpowiedzi na powyższe pytania. Nie da się ukryć, że ten protest będzie swoistą cezurą w życiu naszego samorządu, odpowiedzią na podstawowe pytanie o jego rolę i miejsce w życiu społecznym naszego kraju i naszej grupy zawodowej. Przede wszystkim jednak będzie odpowiedzią na pytanie o sens jego dalszego istnienia. Być może zabrzmiało to zbyt patetycznie, ale wg mnie tak właśnie będzie. W bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie odzwierciedlenie tych nastrojów. Przy okazji, aby utwierdzić tych spośród nas, którzy podjęli trudną decyzję o przystą-

pieniu do protestu receptowego o słuszności swego postępowania, w tym Biuletynie zamieszczam tzw. „Test refundacyjny” dotyczący znajomości wszystkich przepisów dotyczących wypisywania recept refundowanych. Zapraszam do jego rozwiązywania!!

Oprócz tego znajdziecie także Państwo kilka aktualnych informacji z naszego rodzimego, opolskiego podwórka – kolejną porcję historyczno-medycznych wiadomości autorstwa prof. Kubickiego, następny tekst o malarstwie (tym razem Jana Cybisa) napisany przez naszą Koleżankę Agnieszkę Kanię oraz krótkie sprawozdanie wędkarskie.

W części prawnej powracam do, jakże ciągle aktualnego, tematu tajemnicy lekarskiej. Natomiast w części medycznej znajdziecie tekst o sztuce dobrego snu i pierwszą część rozprawki o składnikach preparatów ziołowych.

Z biuletynów innych izb lekarskich wybrałem dla Was refleksje na temat relacji lekarz-pacjent, rozmowę o ciągle jeszcze raczkujących badaniach ludzkiego mózgu, współczesnych odniesień do Kodeksu Bożewicza, nieco satyryczne reminiscencje z wakacji w Egipcie i przyczynek do ożywionej ostatnio w mediach dyskusji o poziomie kształcenia na wyższych uczelniach.

Końcówka należy, jak zawsze do świeżych informacji, komunikatów i ogłoszeń oraz do nowości wydawniczych.

Mając nadzieję na lepsze jutro oraz Waszą życzliwość dla mej pracy, pozostawiam Was z lekturą tego numeru Biuletynu i do zobaczenia (a może raczej „do zaczytania” ???) dopiero we wrześniu.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy

Zdanie, którym zaczynałem swoje uwagi w poprzednim Biuletynie mogłoby z powodzeniem rozpocząć również niniejszy tekst. *Mija kolejny miesiąc a sprawa sankcji związanych z wypisywaniem refundowanych recept jest wciąż aktualna.* Ale dzisiaj widać światło w tunelu. Dzisiaj – w środę 20 czerwca – Minister Zdrowia przyznał, że kary, które z ustawy zostały wykreślone przez Parlament, muszą też zniknąć z umów, które lekarze i lekarze dentyści podpisują w swoim Oddziale NFZ.

W momencie, gdy ten Biuletyn dotrze do Was będzie już wszystko jasne, będziemy wiedzieli czy rze-

czywiście nowy Prezes NFZ zechce przyznać nam rację. Argumenty samorządu, mówiące o bezprawności zapisów o karach w wersji *ala Paszkiewicz* znalazły już posłuch u części posłów, u Rzecznika Praw Obywatelskich, w Najwyższej Izbie Kontroli. Potrzebny ten ostatni krok – zmiana zarządzenia Prezesa NFZ (w odniesieniu do lekarzy prywatnie praktykujących, nie będących świadczeniodawcami) oraz zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów (w odniesieniu do lekarzy będących świadczeniodawcami lub zatrudnionych u świadczeniodawców).

Jeżeli ten krok zostanie zrobiony, to niepotrzebna będzie akcja protestacyjna, która na razie (przypominam, że

tekst piszę 20 czerwca) jest przygotowywana a polegać ma na wypisywaniu od 1 lipca przez wszystkich lekarzy, niezależnie od miejsca i formy wykonywania zawodu, recept według wzoru zaproponowanego przez Naczelną Radę Lekarską (bez wskazywania ubezpieczenia, bez podawania dodatkowych kodów, bez określania stopnia refundacji).

Bardzo chcę, aby rozpoczęcie tej akcji nie było potrzebne, by decyzje Ministra i nowego Prezesa zapadły przed 1 lipca. Z drugiej jednak strony brak tych decyzji

byłby bardzo dobrym bodźcem do sprawdzenia stopnia solidarności naszego środowiska. Na ile akcja ze 100% receptami byłaby powszechna?

Mam nadzieję, że w momencie, gdy będziecie czytali ten Biuletyn nikt z Was nie będzie mógł powiedzieć, że stało się to co przydarzyło się naszym piłkarzom na Euro – były wielkie nadzieje a jak zwykle nic z tego nie wyszło.

Jerzy Jakubiszyn

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Sprawozdanie z posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 23 maja 2012 r.

Prezes Jakubiszyn przywitał zebranych i przekazał głos kol. Lachowi.

W części dotyczącej rejestracji nowych członków izby kol. Lach przedstawił podanie Anny Wojtyłko-Gołowkin z wnioskiem o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej (przeniesienie z DIL). Rada zaaprobowала wniosek jednomyślnie.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił dwa wnioski podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy. Jeden z nich od firmy z Opola „Ortho-Med”, która przeprowadziła szkolenie w Gdańsku, a drugi z firmy „Cartis Group” z Łodzi, która przeprowadzi w dn. 31 maja br. w Opolu szkolenie dla lekarzy pt. „Terapia bólu i kaszel”. Rada, przy 1 głosie wstrzymującym się, wniosek przegłosowała i przyznała 3 pkt. edukacyjne.

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomogi, które zostały przez członków Rady przyjęte jednogłośnie.

Ponadto wpłynął wniosek o dofinansowanie udziału w X Mistrzostwach Polski Wędkarzy Spławikowych – przy 1 głosie wstrzymującym się Rada przyznała kwotę 350 zł dofinansowania.

W części dotyczącej konkursów Prezes Jakubiszyn zwrócił się do członków Rady o skreślenie jego osoby ze składu komisji w konkursie na Zastępcę Dyrektora Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu ze względu na to, że zaproponowany termin przeprowadzenia tego konkursu nakłada się na termin jego urlopu. Jednocześnie proponował, aby w jego miejsce wpisać kol. Jerzego Lacha. Rada zaaprobowала jednomyślnie tę propozycję.

Do komisji konkursowej na ordynatora Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej szpitala w Branicach. Kol. Jakubiszyn proponował jako przedstawicieli izby do obu konkursów: Jerzego Lacha (Przewodniczący) oraz Antoniego Ju-

noszę-Szaniawskiego i Ewę Pendziałek na członków. Przy jednym głosie wstrzymującym, Rada przegłosowała wniosek.

Do komisji konkursowej na Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa szpitala w Branicach Prezes zaproponował kol. Lacha. Także i w tym przypadku, przy 1 głosie wstrzymującym, Rada zaaprobowала propozycję Prezesa.

Do Izby wpłynęły dwa wnioski o czasowe zwolnienie z płacenia składek oraz 1 wniosek o obniżenie wysokości składki do 10 zł – wszystkie przyjęte przez Radę jednogłośnie.

Przewodniczący Jakubiszyn omówił sprawę protestu lekarzy wobec nowych zapisów umów na wypisywanie recept na leki refundowane. W części dotyczącej świadczeniodawców na ok. 2,5 tys. wszystkich umów wniosek o zmianę zapisów w umowach dotyczących kar złożyło 492 podmiotów. I tu Opolszczyzna jest jednym z tych województw, w których odsetek tych wniosków był największy. W rozmowie z Prezesem Dyktor OOW NFZ stwierdził, że żadnych zmian w zapisach umów nie będzie, bo – jego zdaniem nie doszło w tym przypadku do naruszenia prawa. Ponieważ Samorząd jest odmiennego zdania cała sprawa została przesłana do Trybunału Konstytucyjnego.

Natomiast w związku z akcją przysyłania pojedynczym lekarzom projektów nowych umów, Prezes przypomniał, że stare umowy obowiązują do końca czerwca i nie ma potrzeby podpisywania na chybcika tych nowych umów. Jednocześnie kol. Jakubiszyn stwierdził, że do chwili obecnej do Izby przesłano ponad 500 deklaracji o przystąpieniu pojedynczych lekarzy do protestu i niepodpisywaniu tych umów. Ponadto w NTO z dn. 25 maja br. ukaże się wywiad z nim zawierający wszystkie wyjaśnienia.

Kol. Chruszczyk przedstawił glosy zaniepokojonych lekarzy dentyków, którzy boją się, że przystąpienie do protestu może spowodować, że NFZ wypowie umowy. Kol. Jakubiszyn uspokoił go, tacy lekarze mają kontrakt i nie ma potrzeby podpisywania odrębnej umowy, bo ich w ogóle nie dotyczy ten protest.

Sprawa ta wywołała żywą dyskusję, w której zgłaszano szereg wątpliwości. Kol. Jakubiszyn stwierdził, że niestety nie ma nadziei na pełną solidarność lekarzy w tej sprawie.

Kol. Chowaniec przedstawił problem lekarzy seniorów, którzy wypisują leki sobie i swoim najbliższym i nie stać ich często na płaćenie 100% ceny leków. Prezes uspokoił go, że nikt nie oczekuje, że ta grupa lekarzy przystąpi do protestu, bo ich obawy są realne i oczywiste dla wszystkich.

Kol. Misiak zaapelował, aby określić granice prowadzenia protestu. Prezes zaapelował, aby śledzić stronę internetową izby, na której pojawiać się będą najnowsze informacje dotyczące protestu. Ponadto poinformował o świeżej nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia, która zmniejsza zakres informacji niezbędnej do wpisywania przy wypisywaniu recept dla siebie i członków swojej rodziny.

W dalszej części obrad kol. Lach przedstawił krótkie sprawozdanie z IV Spotkania Redaktorów Naczelnych Biuletynów Izbowych i „Gazety Lekarskiej”, które odbyło się w dniach 18-20 maja br. i było organizowane przez naszą Izbę. W spotkaniu tym, w charakterze zaproszonych gości uczestniczyli red. Jacek Żakowski, Sławomir Pietras i Bożena Łosowska szefowa Bis-Media (kolportującej większość biuletynów izbowych i „GL”) oraz Prezes NRL Maciej Hamankiewicz i Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej Paweł Susłowski.

Następnie Prezes Jakubiszyn poprosił obecnego na posiedzeniu kol. Marka Kanię o przedstawienie swoich osiągnięć. Kol. Kania zapoznał członków Rady z dotychczasowymi dokonaniem lekarzy muzyków. Odbyły się cztery koncerty: w Opolskim Centrum Onkologii, następnie w Klubie lekarza, na spotkaniu ludzi biznesu z przedstawicielami Polsko-Japońskiej Izby Gospodarczej i w czasie spotkania redaktorów pism izbowych. Skład zespołu uległ znacznej zmianie, a ilość uczestniczących w projekcie lekarzy-muzyków – powiększeniu do 14 osób. Zespół prezentuje różnorodną muzykę – od utworów klasyków muzyki poważnej, poprzez ballady i rock do bluesa. Przedstawił również plany występów na najbliższą przyszłość. Na zakończenie swego wystąpienia kol. Kania przedstawił prośbę o kolejne dofinansowanie w wysokości 3000 zł. Przewodniczący zaproponował podjęcie uchwały przyznającej muzykującym lekarzom kwoty 3000 zł na pokrycie dotychczasowych rachunków. Zaproponował też utworzenie w ramach konta naszej Izby subkonta, na które mogłyby wpływać pieniądze na dalsze finansowanie tego przedsięwzięcia.

Przy tej okazji Skarbnik kol. Kowalik zaproponował, aby w przyszłości określić kwotę, jaką Rada przeznaczać będzie na funkcjonowanie zespołu. Zebrani jednogłośnie przyjęli projekt uchwały w sprawie dofinansowania zespołu (uchwała nr 62/12/VI w załączeniu).

Kol. Smerkowska-Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia w dn. 8 maja br., w którym z ramienia naszej Izby brała udział. Ze smutkiem stwierdziła, że brak było jakiegokolwiek przedstawiciela Centrali NFZ, co spotkało się z dezaprobatą członków tej Komisji. W spotkaniu tym uczestniczyli przedstawiciele organizacji medycznych, którzy przedstawili wszystkie argumenty środowiska w tej sprawie. Jej ostateczna konstatacja była taka, że tak naprawdę cała ta sytuacja jest wykorzystywana przez opozycję do krytyki obecnego rządu, a nie do rozwiązania problemu.

Z kolei kol. Hamryszak omówiła posiedzenie Rady Społecznej OOW NFZ, w którym uczestniczyła. Okazało się, że za ub. rok Opolski Oddział Funduszu po raz pierwszy zaoszczędził sumę ok. 18 mln zł (z których część musi odprowadzić do centrali NFZ). Z tej kwoty Fundusz zarezerwował kwotę ok. 12 mln zł na sprawy sądowe, ponieważ od pewnego czasu przegrywa sprawy w sądzie o zapłaćenie za wykonane świadczenia. Ponadto na spotkaniu tym przekazano informację, że wszystkie nadwykonania za rok ubiegły w zakresie kardiologii, neonatologii i za hemodializy zostały zapłacone.

Następnie kol. Latała przekazał członkom Rady informacje o kolejnym wspólnym naukowo-szkoleniowym posiedzeniu Opolskiego Oddziału PTS i Komisji Stomatologicznej naszej Izby, w którym uczestniczyli w charakterze wykładowców Wiceprezydent PTS prof. dr hab. Honorata Shaw oraz Oskar Stys.

Kol. Chowaniec z kolei przedstawił sprawozdanie z kolejnego wiosennego spotkania lekarzy seniorów, na którym obecna wtedy wiceprezes NRL Anna Lella wręczyła medale tym spośród obecnych, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Kol. Suzanowicz zaproponowała, aby Rada zajęła się problemem zgody pacjenta na różnego rodzaju zabiegi wykonywane w szpitalach. Sprawa ta nadal jest nieuregulowana, a jednocześnie niesie ze sobą poważne konsekwencje prawne dla lekarzy i szpitali. Problem ten wywołał krótką ożywioną dyskusję, w której wzięli udział m. in. kol. kol. Jakubiszyn, Mazur, Kowalik, Lach, Wester i Kuzyszyn. Stwierdzono, że większość towarzystw medycznych stworzyło takie formularze, tym nie mniej żaden z nich nie stanowi wystarczającego zabezpieczenia prawnego przez konsekwencjami. Prezes stwierdził, że będzie musiał przygotować odpowiedni materiał w tej sprawie do Biuletynu.

Na tym posiedzenie zakończono.

Jerzy LACH, sekretarz ORL
Jerzy JAKUBISZYN, prezes ORL

Spotkanie Komisji Stomatologicznej

Dnia 24 maja br. odbyło się kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała Przewodnicząca dr B. Hamryszak.

Na wstępie dr Hamryszak przypomniała, iż trwa protest receptowy i zaapelowała do środowiska stomatologicznego, aby wziąć w nim udział i nie podpisywać nowych umów z NFZ.

Następnie Przewodnicząca poinformowała, iż trwa modernizacja systemu informatycznego Izby w związku z tworzeniem nowego rejestru praktyk zawodowych. W związku z tym, jeśli jakiś lekarz zawierał umowę ubezpieczenia OC poza Izbą Lekarską, powinien skserokopię takiego ubezpieczenia dostarczyć do Izby. Każdy z nas powinien również zaktualizować swoje dane teleadresowe, jeśli uległy one zmianie. Więcej na ten temat ukaże się na łamach lipcowego Biuletynu.

Dr J. Mokrzycka zdała relację z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia. Na spotkanie nie zgłosił się Prezes NFZ, nikt również nie reprezentował Funduszu. W trakcie posiedzenia przedstawiciele Naczelnej Komisji Stomatologicznej zgłosili ponad 30 postulatów. Dr Lella m.in. zwróciła uwagę, iż wprowadzone nowe przepisy dotyczące podmiotów leczniczych, nałożyły na małe gabinety podobne obowiązki jak na duże jednostki, co wią-

że się z bardzo rozbudowaną biurokracją, która jest dla nich dużym obciążeniem. Jak zawsze, tak i tym razem, przywołany został problem nieodpowiedniej wyceny świadczeń stomatologicznych, który w powiązaniu z zamrożeniem cen świadczeń, obniżeniem wyceny punktu (jak np. w woj. opolskim) oraz inflacją sprawia, iż realnie otrzymujemy coraz mniej pieniędzy za świadczone usługi. Wiceminister zdrowia A. Sopiński stwierdził, iż założenia są słuszne, ale pieniędzy na leczenie więcej nie będzie. Natomiast Wicemarszałek Senatu (PIS) podsumował, iż postulaty stomatologów są słuszne, ale wszelkie decyzje podejmowane w państwie, są decyzjami politycznymi. Sugerował jednocześnie, iż odpowiedzialni za ten stan są wyborcy.

Dr Hamryszak poinformowała, iż następne głosowanie na członków Komisji Stomatologicznej odbędzie się korespondencyjnie.

Na zakończenie Przewodnicząca przypomniała, że 12 września Naczelna Izba Lekarska organizuje w Warszawie konferencję na temat zdrowa jamy ustnej.

Na tym zakończono zebranie.

*Przewodnicząca KS
Lek. dent. Barbara HAMRYSAK*

Plan szkoleń prowadzonych w ramach Komisji Kształcenia OIL w Opolu na I-półrocze 2012 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
5. X. 2012 r. PIĄTEK godz. 10.00	Firma Szkoleniowa – szkolenia psychologiczne – Jolanta Kotecka, Wrocław	Wypalanie zawodowe – warsztaty dla stomatologów (grupa 40 osób)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23
9.XI. 2012 r. PIĄTEK godz. 10.00	Doradztwo-Szkolenia-Coaching, Kraków	Słowa, które leczą, czyli sztuka porozumiewania się z pacjentem – warsztaty dla stomatologów (grupa 40 osób)	OIL w Opolu ul. Grunwaldzka 23

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach do siedziby OIL w Opolu telefonicznie – 77/454-59-39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują 4 pkt. edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Wiosenne spotkanie lekarzy emerytów i rencistów OIL

21 kwietnia 2012 r. w siedzibie Opolskiej Izby lekarskiej spotkali się kolejny raz seniorzy aby powitać wiosnę. Gościem honorowym naszego spotkania była wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej p. dr Anna Lella. Wręczyła dyplomy, medale pamiątkowe i znaczki Izbowe seniorom, którzy przed 50-cioma laty uzyskali dyplomy ukończenia Akademii Medycznych.

Stało się już tradycją, że w uroczystych spotkaniach towarzyszy nam zaprzyjaźniony z nami chór męski „Carmerton”, a pani dyrektor M. Przebindowska porywa do wspólnego śpiewania.

Na koniec bardzo udanego spotkania p. dr n. med. T. Chowaniec przewodniczący Komisji zaproponował wspólny wyjazd w dniu 26 maja br. do Mosznej na koncert z okazji „Święta Kwitnącej Azalii”

*Sekretarz Komisji
lek. Grażyna WOJTALSKA*



Dlaczego Maria Tudor, pierwsza córka króla Henryka VIII została nazwana „Krwawą Mary” i jaki to ma związek z położnictwem

Maria I Tudor (1516–58) nazwana przez potomnych „Bloody Mary” była córką króla Henryka VIII Tudora (1491–1547) i jego pierwszej żony Katarzyny Aragońskiej (1485–1536).

Katarzyna Aragońska była córką Ferdynanda Aragońskiego i Izabelli Kastylskiej (Katolickiej), którzy zjednoczyli Hiszpanię (z wyjątkiem Portugalii), wygnali Maurów (Arabów) po sześciu wiekach ich pobytu na Półwyspie Iberyjskim (słynna obrona Granady) do Afryki oraz wysłali w roku 1492 Krzysztofa Kolumba, aby odkrył nową morską drogę do Indii.

Ślub Henryka VIII z Katarzyną Aragońską odbył się w roku 1509. Oprócz Marii Tudor, Katarzyna Aragońska urodziła pięcioro dzieci martwych lub zmarłych tuż po porodzie.

Po kilkunastu latach pożycia małżeńskiego Henryk VIII postanowił rozwieść się z Katarzyną Aragońską, aby poślubić w roku 1533 Annę Boleyn (1504–36). Nie wyraził na to zgody ówczesny papież Klemens VII i wówczas Henryk VIII zerwał z Rzymem i doprowadził do powstania narodowego kościoła anglikańskiego, którego zwierzchnikiem został on sam. Anna Boleyn

urodziła Henrykowi VIII przyszłą królową Anglii Elżbietę I (1533–1603) oraz dwóch martwych synów.

Maria Tudor została uznana za nieślubną córkę Henryka VIII i popadła w niełaskę. Tymczasem wkrótce Anna Boleyn została oskarżona przez Henryka VIII o cudzołóstwo i ścięta mieczem w Tower w roku 1536.

W parę dni później Henryk VIII ożenił się z damą swojego dworu Jane Seymour (1507–37), która urodziła mu w roku 1537 upragnionego następcę tronu Edwarda. Niestety Jane Seymour zmarła 2 tygodnie po porodzie.

Henryk VIII, który zmarł w roku 1547 wśród objawów patologicznej otyłości, podagry, niemożności poruszania się (nie wykluczone, że cierpiał na syfilis) miał jeszcze trzy żony:

Anna z Cleve (ślub w roku 1540), Katarzyna Howard - kuzynka Anny Boleyn (ślub w tym samym roku 1540), ścięta w wieku 18 lat w Tower, również z powodu rzekomego cudzołóstwa, Katarzynę Parr (ślub w roku 1543).

Wszystkie te trzy ostatnie małżeństwa Henryka VIII były bezdzietne, ponieważ wg historyków Henryk VIII cierpiał na rzadką chorobę genetyczną McLeoda dotyczącą niezgodności w układzie czerwokrwinkowym tzw. czynnika Kell (stąd liczne w pierwszych trzech małżeństwach porody płodów martwych i umierających tuż po porodzie).

Henryk VIII pochowany jest obok żony Jane Seymour w Windsorze, a po jego śmierci na tron angielski wstąpił jego jedyny, chorowity syn Jane Seymour, który panował tylko 6 lat.

Po nim po wielu perypetiach na tron angielski w roku 1553 wstąpiła Maria I Tudor, córka Katarzyny Aragońskiej.

Maria Tudor w przeciwieństwie do swojej młodszej siostry Elżbiety (córkę Anny Boleyn) była żarliwą katoliczką i rozpoczęła walkę o powrót Anglii do katolicyzmu i zwalczanie protestantów, których nazywała innowiercami. Zaczęły płonąć stosy, na których palono



Henryk VIII – obraz Holbeina



Filip II

innowierców - spalono m. in. arcybiskupa Canterbury Thomasa Cranmera.

Maria Tudor nie tylko nie była pięknością, ale wg kronikarzy była kobietą wręcz brzydką i złośliwą. W wieku 40 lat w roku 1556 wyszła za mąż za niezwykle przystojnego króla Hiszpanii Filipa II Habsburga (1527–98) młodszego od niej o 11 lat, co w dynastycznych małżeństwach w tamtych czasach było zjawiskiem dość częstym. Filip II był wdowcem. Jego żona Maria Portugalska urodziła mu jedyne obłąkanego syna Don Carlosa (co w dynastiach Habsburgów austriackich i hiszpańskich było często obserwowane, ale może to być tematem moich kolejnych rozważań historyczno – genetycznych).

Filip II niezwykle ucieszył się, kiedy 40-letnia Maria Tudor zaszła w ciążę, ponieważ wierzył, że jako król Hiszpanii, mąż królowej Anglii, a może w przyszłości król Anglii stanie się najpotężniejszym władcą Europy i pokona swojego największego wroga, jakim dla niego była Francja.

Oczekiwaniem w radości dziecku sporządzono już niespotykaną kołyskę z marmurowymi kolumnkami, złoceniami, srebrnymi ptaszkami. Maria Tudor, której imponująco powiększał się brzuch w swojej szczęśliwości zaprzestała palenia innowierców, co spotkało się z wielkim niezadowoleniem papieża.

W terminie spodziewanego porodu osobisty lekarz Marii Tudor, któremu dotychczas nie pozwalała dotykać swojego powiększającego się brzucha z przerażeniem stwierdził, że nie jest w ciąży lecz rzeczywiście toczył ją rak jelit z wodobrzuszem.

Po tej straszliwej diagnozie Filip II natychmiast powrócił do Hiszpanii, zaś Maria Tudor, królowa Anglii (1553–58) oraz królowa Hiszpanii (1556–59) wkrótce w osamotnieniu zmarła z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej jamy brzusznej, przy czym, w ostatnich miesiącach życia z rozpaczą z jeszcze większą energią wydawała rozkazy palenia innowierców. Przyjmuje się, że w okresie panowania Marii Tudor na stosach spłonęło około 300 protestantów, stąd jej przydomek „Krwawej Mary”.



Maria Tudor jako królowa Maria – obraz Hansa Ewortha



Katarzyna Aragońska

Po śmierci Marii Tudor na tron angielski wstąpiła jej młodsza długowieczna siostra Elżbieta I (z innej matki), która panowała 45 lat i była bezzenna oraz bezdzietna. Ciekawostką jest fakt, że zarówno Maria I Tudor, jak i Elżbieta I spoczywają w tym samym grobie w Opactwie Westminsterskim w Londynie.

Wracając do jedyne go męża Marii Tudor Filipa II, króla Hiszpanii przeszedł on do historii jako twórca „Niezwyciężonej Wielkiej Armady”, która miała pokonać Anglię. Została ona jednak pokonana w roku 1588 w kanale La Manche (również przez sztormową pogodę) przez flotyllę Elżbiety I (młodsza siostra Marii Tudor, która była żoną Filipa II).

Chichotem historii jest to, że Filip II zmarł również z powodu wodobrzusza (podobnie, jak jego żona Maria Tudor) prawdopodobnie z powodu schorzenia nowotworowego. Filip II został pochowany w wybudowanej przez siebie nekropolii królów hiszpańskich w Escorialu.

P.S. Na pamiątkę „Bloody Mary” w większości nie tylko europejskich restauracji i barów serwowany jest koktail (o składzie: sok pomidorowy + wódka) o znanej nazwie „Krwawa Mary”, a o genezie tej nazwy niestety niewielu wie.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
PMWSZ w Opolu*

Jubileuszowe X mistrzostwa Polski lekarzy w wędkarstwie spławikowym

Jubileuszowe X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym odbyły się w tym roku w dniach 1-3.06.2012 w Rajsku koło Oświęcimia na jeziorze Długie. Po raz pierwszy miałem przyjemność reprezentować Opolską Izbę Lekarską w Opolu na tak poważnej imprezie. Wspaniała atmosfera oraz rybność akwenu sprawia, że coraz większa liczba naszych wędkujących Koleżanek i Kolegów lekarzy decyduje się na start w tych prestiżowych zawodach. Tak też było i w tym roku. W sobotę 2.06.2012 punktualnie o 7 rano nad brzegiem malowniczego jeziora Długie w Rajsku zameldowało się 22 zawodników-lekarzy, niektórzy przybyli wraz z rodzinami, przyjaciółmi nawet z najdalszych zakątków Polski, jak choćby z Gdańska przybył nestor polskiego wyczynowego wędkarstwa spławikowego doktor Alfred Samet. Organizatorzy i tym razem zadbali o świetne przywitania uczestników, były miłe słowa, ciepła kawa, śniadanie, a następnie losowanie stanowisk.

Punktualnie o 8.55 rozpoczęło się nęcenie ryb, a pięć minut później rozpoczęła się I tura zawodów. Zestawy z przynętą na haczyku trafiły do wody. Wszyscy w napięciu wypatrywali nawet najmniejszego ruchu spławika świadczącego o zainteresowaniu ryby przynętą. Na szczęście ryby dopisały. Łowili wszyscy - głównie leszcze i płocie, które trafiały do wielkich siatek zanurzonych w wodzie, gdzie w komfortowych warunkach pływały do godziny 12. Wtedy nastąpiło komisyjne ważenie ryb i wypuszczenie ich na wolność. Pierwszą turę wygrałem z wyraźną przewagą łowiąc 6900 g - głównie okazałych leszczy - na 13-metrowe wędzisko z zestawem skróconym. Drugi był ubiegłoroczny Mistrz Polski Lekarzy Tomasz Skorzyński ze Skierniewic, który złowił 4100g. Wiadomo było, że pomiędzy Nami rozstrzygnie się walka o mistrzowski tytuł.

II tura zawodów rozpoczęła się o godzinie 15. Niestety nie była dla mnie szczęśliwa, po dobrym począt-



ku i złowieniu kilku dorodnych ryb nastąpiła przerwa w braniach. Natomiast doktor Tomek Skorzyński w pełni wykorzystał swoje stanowisko i przez całe 3 godziny łowił piękne leszcze - w efekcie obronił tytuł Mistrza Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowych sprzed roku, a mi przypadł ponownie srebrny medal. Trzecie miejsce zajął Krzysztof Kuta.

Po uroczystej kolacji przy ognisku nastąpiła dekoracja zawodników i wręczenie medali. Warto dodać, że formuła tegorocznym zawodów została zmieniona ze względu na wspomniany jubileuszowy charakter imprezy. Zaproponowano rozegranie w niedzielę 3.06 zamiast, jak co roku, drugiej tury Mistrzostw Polski Lekarzy, odrębnych zawodów o Puchar Dziesięciolecia. Wczorajsza „porażka” tylko mnie zmotywowała, a los sprawił, że w niedzielę wylosowałem stanowisko obok świeżo upieczonego Mistrza Polski i... wygrałem całe zawody z imponującym wynikiem, jak na to łowisko, 3000g.

Podsumowując, zawody przebiegały w miłej, koleżeńskiej atmosferze, wspaniałej scenerii i wszyscy zgodnie stwierdzili, że za rok znowu spotkamy się już na XI Mistrzostwach Polski Lekarzy, które odbędą się w Ustroiniu.

Chciałbym podziękować mojej narzeczonej Anicie i tacie za wspaniałe kibicowanie. Swoją srebrny medal dedykuję właśnie im.

*Wojciech ILKÓW
Lekarz-rezydent, Oddz. Neurochirurgii WCM Opole*

Test refundacyjny

Poniżej zamieszczamy test szkoleniowy dla lekarzy wystawiających recepty refundowane, opracowany na podstawie przepisów obowiązujących w dniu 10 maja 2012 roku. Odpowiedzi wraz z podaniem odnośnego aktu prawnego zamieszczono na końcu testu. Test przygotował dr Maciej Jędrzejowski, zaopiniował Zespół Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej (uwagi podkreślone).

1. Uprawnienia do przepisywania recept refundowanych określa:

- A. ustawa refundacyjna
- B. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej
- C. do 1.07.2012 ustawa o świadczeniach, od 1.07.2012 ustawa refundacyjna
- D. do 1.07.2012 zarówno ustawa o świadczeniach jak i ustawa refundacyjna; od 1.07.2012 wyłącznie ustawa refundacyjna
- E. rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept

2. Zgodnie z art. 2 ust 14 ustawy refundacyjnej do wystawiania recept refundowanych ze środków publicznych uprawnieni są:

- A. lekarze ubezpieczenia zdrowotnego
- B. lekarze, wykonujący zawód, którzy podpiszą z NFZ umowę na wystawianie recept refundowanych
- C. lekarze niewykonujący zawodu, którzy podpiszą z NFZ umowę na wystawianie recept refundowanych dla siebie i rodziny
- D. wszyscy lekarze wykonujący zawód
- E. A, B i C

3. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego to:

- A. lekarz posiadający ubezpieczenie zdrowotne
- B. lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- C. lekarz, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- D. lekarz z którym Fundusz zawarł umowę na wystawianie recept refundowanych
- E. B i C

4. NFZ może obciążyć lekarza praktykującego prywatnie kosztami refundacji leku uznanej za nieuzasadnioną na podstawie:

- A. Kodeksu Cywilnego
- B. zapisów umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- C. zapisów umowy na wystawianie recept refundowanych
- D. rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. recept

E. art. 48 ust. 8 ustawy refundacyjnej

5. Kwoty zwrotu refundacji leków naliczane są przez NFZ: 1) bez odsetek, 2) z odsetkami ustawowymi liczącymi od dnia dokonania refundacji, 3) z odsetkami ustawowymi liczącymi od dnia kontroli, 4) na podstawie kontroli recept wystawionych do 3 lat wstecz, 5) na podstawie kontroli recept wystawionych do 5 lat wstecz

- A. 1, 5
- B. 2, 5
- C. 3, 5
- D. 3, 4
- E. 1, 4

6. Najwyższa kwota nienależnej refundacji recept, której NFZ domagał się od 1 lekarza wynosiła:

- A. 8 tys. złotych
- B. 80 tys. złotych
- C. 101 tys. złotych
- D. 759 261 złotych
- E. kosztami nienależnej refundacji recept mogą być obciążane jedynie placówki medyczne

7. Adnotację o wystawieniu recepty refundowanej należy zamieścić w dokumentacji medycznej:

- A. w każdym przypadku
- B. jedynie w dokumentacji leczenia ambulatoryjnego
- C. w każdym przypadku, poza wystawieniem recepty dla siebie lub rodziny
- D. w szpitalnej historii choroby, jeżeli nie wydano karty informacyjnej z zaleceniami dla pacjenta
- E. B i D

8. Adnotacja w dokumentacji medycznej, dotycząca wystawionej recepty powinna zawierać: 1) nazwę leku, 2) odpłatność 3) postać leku, jeśli występuje więcej niż w jednej postaci, 4) dawkę leku jeżeli występuje więcej niż jednej dawce, 5) sposób dawkowania, 6) adnotację o uprawnieniach szczególnych pacjenta

- A. 1, 3, 4, 5
- B. 1, 4, 5
- C. 1, 4, 5
- D. 1, 2, 5, 6
- E. 1, 5, 6

9. Podając na receptę sposób dawkowania można przepisać ilość leku niezbędną maksymalnie do:

- A. 2-miesięcznego stosowania
- B. 3-miesięcznego stosowania
- C. 6-miesięcznego stosowania
- D. 90-dniowego stosowania
- E. w chorobie przewlekłej brak ograniczenia ilości leku

10. Bez podawania na receptę sposobu dawkowania można jednorazowo przepisać:

- A. 2 opakowania leku

- B. 2 najmniejsze opakowania leku określone w wykazie leków refundowanych
 - C. ilość leku odpowiadającą 2 najmniejszym opakowaniom określonym w wykazie leków refundowanych
 - D. 2 opakowania leku, o ile czas ich stosowania nie przekracza 90 dni
 - E. ilość leku odpowiadającą 2 najmniejszym opakowaniom określonym w wykazie leków refundowanych, z wyjątkiem leków zawierających środki odurzające i substancje psychotropowe
- 11. Lekarz powinien podać na receptce swój adres zamieszkania:**
- A. w każdym przypadku
 - B. w przypadku wystawienia recepty osobie bezdomnej, spełniającej kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej, wobec której wydano decyzję potwierdzającą prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
 - C. w przypadku wystawienia recepty w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej
 - D. w przypadku wystawienia recepty *pro auctore* i *pro familiae*
 - E. w przypadku wystawienia recepty na leki zawierające środki odurzające i substancje psychotropowe
- 12. 9-cyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie z NFZ upoważniającej do wystawiania recept refundowanych:**
- A. powinien być zamieszczany na każdej receptce wystawionej w ramach umowy na wystawianie recept refundowanych
 - B. powinien być zamieszczany na każdej receptce *pro auctore* i *pro familiae*
 - C. powinien być zamieszczany na receptach wystawianych *pro auctore* i *pro familiae* przez lekarzy którzy zaprzestali wykonywania zawodu
 - D. powinien być wpisany do dokumentacji medycznej dotyczącej wystawionej recepty
 - E. nie musi być w ogóle zamieszczany na receptce ani w dokumentacji
- 13. Tzw. rozporządzenie w sprawie chorób przewlekłych (rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością):**
- A. zostało zastąpione przez obwieszczenia MZ w sprawie wykazu leków refundowanych
 - B. nadal obowiązuje w zakresie chorób przewlekłych
 - C. wygaśnie 1.07.2012
 - D. obowiązuje, ale dotyczy jedynie leków określonych w aktualnym wykazie leków refundowanych
 - E. zostało zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept

14. Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej:

- A. w każdym przypadku
- B. w przypadku posiadania zaświadczenia od specjalisty o rozpoznaniu i stosowanym leczeniu
- C. nigdy
- D. w przypadku posiadania wydanej przez specjalistę informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach (w tym: o okresie ich stosowania i dawkowania) oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych,
- E. tylko gdy zaświadczenie o rozpoznaniu wydane jest przez specjalistę będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego

15. Wystawienie recepty refundowanej bez wizyty lekarskiej:

- A. jest w pełni usankcjonowane w polskim prawie
- B. jest dopuszczalne, ale jedynie w ramach tzw. porady recepturowej
- C. może być podstawą uznania przez NFZ refundacji recepty za nieuzasadnioną ze względu na art. 42 ustawy o zawodzie lekarza, mówiący o konieczności osobistego zbadania pacjenta przed orzekaniem o stanie jego zdrowia
- D. jest dopuszczalne, ale jedynie w chorobie przewlekłej
- E. jest dopuszczalne w przypadku choroby przewlekłej potwierdzonej stosownym zaświadczeniem od specjalisty

16. Ze względu na niewprowadzenie od 8 lat Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, dokumentem potwierdzającym uprawnienia do recept refundowanych pacjenta zatrudnionego w ramach umowy o pracę jest:

- A. aktualny raport miesięczny ZUS RMUA
- B. druk zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z aktualnym raportem ZUS RMUA
- C. oświadczenie pacjenta o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego
- D. oświadczenie pacjenta o posiadaniu aktualnych uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- E. zaświadczenie o uprawnieniach wydane przez OW NFZ

17. Niepracujący członek rodziny osoby ubezpieczonej:

- A. jest nieobjęty ubezpieczeniem zdrowotnym
- B. posiada uprawnienia do refundowanych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłych
- C. jest automatycznie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym
- D. powinien zostać zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego przez osobę ubezpieczoną na druku ZUS ZNCA
- E. nie posiada uprawnień do recept refundowanych

18. Jeżeli Lekarz Ubezpieczenia Zdrowotnego zatrudniony w szpitalu lub przychodni, popełni błąd przy wystawianiu recepty refundowanej:

- A. jest całkowicie zwolniony z odpowiedzialności
- B. może zostać zobowiązany przez pracodawcę do zwrotu całej kwoty nienależnej refundacji
- C. musi liczyć się z odpowiedzialnością dyscyplinarną
- D. może zostać zobowiązany przez pracodawcę do zwrotu kosztów nienależnej refundacji do wysokości 3 miesięcznych wynagrodzeń (w przypadku zatrudnienia na umowę o pracę) lub całej kwoty nienależnej refundacji (w przypadku zatrudnienia w ramach kontraktu gospodarczego)

E. C i D

19. Liczba aktów prawnych regulujących kwestie wystawiania recept refundowanych wynosi obecnie:

- A. 1
- B. 3
- C. 7
- D. 10
- E. powyżej 20

20. Aktualnie obowiązująca ustawa refundacyjna (po nowelizacji z 13.01.2012) wprowadza: 1) możliwość obowiązku zamieszczania w umowach na wystawianie recept refundowanych zapisów o karach umownych, 2) obowiązek podpisywania umów z NFZ przez wszystkich lekarzy chcących wystawiać recepty refundowane, 3) konieczność zmiany przez Ministra Zdrowia co 2 miesiące obwieszczeń w sprawie wykazów leków refundowanych, 4) odpowiedzialność karną do 8 lat pozbawienia wolności za przyjmowanie korzyści materialnych w związku z wystawianiem recept refundowanych, 5) możliwość obciążania lekarza kosztami nienależnej refundacji leków, 6) znosi ważność dotychczasowych umów na wystawianie recept refundowanych z dniem 1.07.2012

- A. 1, 3, 4, 5, 6
- B. 2, 3, 4, 5
- C. 2, 4, 5, 6
- D. 1, 5, 6
- E. 4, 5, 6

21. Ustawa refundacyjna zakazuje stosowania następujących zachęt skierowanych do lekarzy wystawiających leki objęte refundacją:

- A. sprzedaży uwarunkowanej, upustów, rabatów
- B. bonifikat, pakietów i uczestnictwa w programach lojalnościowych, darowizn
- C. nagród, prezentów, upominków, wycieczek, loterii, losowań
- D. wszelkich form użyźnień, transakcji wiązanych, ułatwień, zakupów lub usług sponsorowanych, wszelkiego rodzaju talonów, bonów
- E. wszystkie powyższe

22. Ustawa refundacyjna przewiduje odpowiedzialność karną dla lekarza wystawiającego receptę refundowaną za:

- A. przyjęcie korzyści majątkowej
- B. przyjęcie korzyści osobistej
- C. przyjęcie obietnicy korzyści majątkowej
- D. przyjęcie obietnicy korzyści osobistej
- E. wszystkie powyższe

23. Za przyjęcie korzyści osobistej związanej z wystawianiem recept refundowanych (np. zjedzenie sponsorowanego lunchu w czasie konferencji naukowej) grozi kara:

- A. grzywny
- B. ograniczenia wolności
- C. pozbawienia wolności do 6 miesięcy
- D. pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat
- E. nie przewiduje się sankcji karnych za tak błahę przewinienia

24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept z dn. 8.03.2012 r. wprowadza następującą liczbę kodów uprawnień dodatkowych:

- A. 9
- B. 10
- C. 5
- D. 0
- E. 16

25. Bezplatne zaopatrzenie we wszystkie leki objęte decyzją o refundacji przysługuje na podstawie kodu uprawnień dodatkowych:

- A. IW
- B. IN
- C. IB
- D. ZK
- E. BW

26. Kod uprawnień dodatkowych BW dotyczy:

- A. uprawnionych do świadczeń na podstawie Ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP
- B. osób spełniających kryterium dochodowe określone w Ustawie o pomocy społecznej
- C. uprawnionych do świadczeń na podstawie Ustawy o powszechnym obowiązku obrony RP
- D. uprawnionych do świadczeń na podstawie Ustawy o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest
- E. kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu

27. W stanie nagłym wnioski o wydanie dokumentu potwierdzającego uprawnienia określone kodem BW powinien złożyć do wójta, burmistrza lub prezydenta gminy:

- A. świadczeniobiorca
- B. świadczeniodawca który zawarł z Funduszem umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- C. każdy świadczeniodawca udzielający świadczenia opieki zdrowotnej
- D. rodzina pacjenta

E. nie ma potrzeby składania takiego wniosku

28. Kod uprawnień dodatkowych WP dotyczy m.in.:

- A. żołnierzy zawodowych
- B. żołnierzy zasadniczej służby wojskowej
- C. żołnierzy pełniących służbę wojskową w ramach ogłoszonej mobilizacji
- D. członków rodzin żołnierzy pełniących służbę przygotowawczą
- E. A i D

29. Rezepta refundowana może być zrealizowana z następującą odpłatnością:

- A. B, R, 30%, 100%
- B. B, 10%, 30%, 50%
- C. B, R, 30%, 50%, 100%
- D. B, R, 30%, 50%
- E. B, R, 30%

30. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept z dn. 8.03.2012 określenie odpłatności leku refundowanego może odbywać się poprzez:

- A. wpisanie kodu oddziału wojewódzkiego NFZ
- B. wpisanie symbolu P
- C. niewpisanie poziomu odpłatności
- D. wpisanie jednego z symboli: B, R, 30%, 50%
- E. B, C, D

31. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept z dn. 8.03.2012 symbol P: 1) oznacza przepisanie leku z najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu 2) oznacza przepisanie leku z najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu 3) oznacza lek wystawiany w chorobie przewlekłej 4) jest wpisywany w polu odpłatności, 5) jest wpisywany w polu do oznaczenia choroby przewlekłej:

- A. 2, 4
- B. 1, 4
- C. 3, 4
- D. 1, 5
- E. 3, 5

32. Nowy wzór recepty wprowadzony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept z dn. 8.03.2012 różni się od dotychczasowego: 1) rozmieszczeniem pól na oznaczenie świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy 2) brakiem pola na oznaczenie choroby przewlekłej, 3) obecnością i rozmieszczeniem 3 kodów paskowych, 4) obecnością pól na oznaczenie odpłatności, 5) obecnością znaku wodnego:

- A. 1, 2, 3
- B. 1, 4, 5
- C. 2, 3, 4
- D. 1, 3, 4
- E. 2, 4

33. Stare wzory recept określone w rozporządzeniu w sprawie recept z 2007 roku obowiązują do:

- A. 31.12.2012
- B. 31.12.2013

C. 30.06.2012

D. wyczerpania zapasów recept

E. przestały obowiązywać z dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia w sprawie recept

34. Zgodnie z aktualnym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept z dn. 8.03.2012 r. zamieszczanie na recepcie informacji i znaków niestanowiących reklamy (np. pieczętki „Refundacja leku do decyzji NFZ”): 1) jest dozwolone, 2) jest niedozwolone jeżeli informacje te i znaki nie są związane z przeznaczeniem recepty 3) uniemożliwia realizację recepty, 4) uzależnia realizację recepty od decyzji aptekarza, 5) nie może być podstawą do odmowy realizacji recepty:

- A. 1, 3
- B. 1, 4
- C. 1, 5
- D. 2, 4
- E. 2, 5

35. Aptekarz ma obowiązek określenia bądź korekty następujących danych na recepcie, jeżeli nie wpisano ich, wpisano w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem w sprawie recept z dn. 8.03.2012 r: 1) nazwy leku, 2) postaci leku, 3) dawki leku 4) kodu uprawnień dodatkowych, 5) odpłatności, 6) oznaczenia płatnika, 7) nr prawa wykonywania zawodu lekarza, 8) danych pacjenta:

- A. 1, 2, 3, 5, 7, 8
- B. 2, 3, 4, 5, 7, 8
- C. 2, 3, 4, 5
- D. 2, 4, 5, 8
- E. 2, 3, 4, 5, 6, 8

36. Zasady wystawiania recept na leki zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe:

- A. nie różnią się od ogólnych zasad wystawiania recept
- B. są regulowane przez Rozporządzenie MZ w sprawie środków odurzających (...)
- C. są regulowane przez Rozporządzenie MZ w sprawie środków odurzających (...) oraz Rozporządzenie MZ w sprawie recept
- D. są regulowane przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii
- E. dotyczą jedynie specjalistów medycyny paliatywnej

37. Najważniejsze różnice dotyczące wystawiania recept na leki narkotyczne, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje dotyczą: 1) konieczności słownego wyrażenia ilości leku (całkowitej), 2) możliwości przepisania ilości leku wystarczającej na 1-miesięczną terapię, 3) możliwości przepisania ilości leku wystarczającej na 2-miesięczną terapię, 4) możliwości przepisania tylko

1 leku na receptę, 5) możliwości przepisania nie więcej niż 3 leków na receptę, 6) konieczności postawienia wykrzyknika w przypadku przepisania większej dawki leku niż określona w farmakopei

- A. 1, 3, 4
- B. 1, 2, 5, 6
- C. 2, 4, 6
- D. 1, 2, 4, 6
- E. 1, 3, 5, 6

38. Świadczeniodawca to:

- A. lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych
- B. podmiot wykonujący działalność leczniczą
- C. lekarz który udziela świadczeń w ramach działalności gospodarczej
- D. Narodowy Fundusz Zdrowia
- E. B i C

39. Za nieuzasadnioną odmowę udzielenia świadczenia uprawnionemu świadczeniobiorcy (np. odmowę wystawienia recepty refundowanej) NFZ może ukarać świadczeniodawcę karą w wysokości:

- A. wartości świadczenia wg. wyceny NFZ
- B. 1% kontraktu
- C. 2% kontraktu
- D. 3% kontraktu
- E. NFZ nie może nałożyć takiej kary

40. NFZ może obciążyć świadczeniodawcę kosztami nienależnej refundacji cen leków w przypadku:

- A. wystawienia recepty osobom nieuprawnionym
- B. wystawienia recepty w przypadkach nieuzasadnionych
- C. wystawienia recepty na druku niezgodnym z aktualnym rozporządzeniem w sprawie recept
- D. udzielenia świadczenia niezgodnie z listą oczekujących
- E. A i B

41. Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych są publikowane co 2 miesiące w:

- A. Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia
- B. Monitorze Polskim
- C. Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia
- D. internecie
- E. Dzienniku Ustaw

42. Lek można przepisać jako refundowany:

- A. we wszystkich wskazaniach klinicznych wynikających z aktualnej wiedzy medycznej
- B. we wskazaniach klinicznych określonych w obwieszczeniu
- C. we wskazaniach rejestracyjnych
- D. we wskazaniach pozarejestracyjnych objętych refundacją na podstawie decyzji Ministra Zdrowia
- E. B, C, D

43. Cena ryczałtowa leku: 1) wynosi 3,20 zł, 2) wynosi 1 zł, 3) dotyczy 1 opakowania leku, 4) dotyczy 1

opakowania leku, o ile nie zawiera ono więcej niż 30 dawek dobowych ustalonych przez WHO, 5) odnosi się do wysokości limitu finansowania:

- A. 1, 4, 5
- B. 1, 3, 5
- C. 2, 4
- D. 2, 3, 5
- E. 1, 3

44. Wskazania rejestracyjne są to wskazania określone w:

- A. ulotce leku
- B. Charakterystyce Produktu Leczniczego
- C. Farmakopei Polskiej
- D. Pharmindexie
- E. wniosku o zarejestrowanie leku

45. Charakterystyka Produktu Leczniczego jest to:

- A. zestawienie wszystkich dostępnych informacji na temat wskazań, przeciwwskazań, działań niepożądanych danego leku
- B. oficjalny dokument określony w art. 11 Prawa Farmaceutycznego, dołączony przez podmiot odpowiedzialny do wniosku o dopuszczenie produktu leczniczego do obrotu
- C. informacja o leku przedstawiana w ulotce do niego dołączonej
- D. informacja zawarta w rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych na temat oceny skuteczności leku
- E. zestaw informacji o leku dostępny w fachowym piśmiennictwie medycznym

46. Charakterystyki Produktów Leczniczych dostępne są na stronie internetowej:

- A. Ministerstwa Zdrowia
- B. Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego
- C. Agencji Oceny Technologii Medycznych
- D. Narodowego Funduszu Zdrowia
- E. Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych

47. Nowy wzór umowy na wystawianie recept refundowanych:

- A. nie przewiduje możliwości obciążenia lekarza kosztami nienależnej refundacji ze względu na usunięcie podobnych przepisów z ustawy refundacyjnej
- B. wprowadza zapisy o możliwości obciążenia lekarza kosztami nieuzasadnionej refundacji tylko w przypadkach rażącego naruszenia prawa
- C. wprowadza zapisy o możliwości obciążenia lekarza kosztami nienależnej refundacji leków oraz dodatkowo kary umowne
- D. zastępuje zapisy o zwrocie nienależnej refundacji zapisami o karach umownych
- E. zawiera ograniczenie zwrotu nienależnej refundacji do 10 tys. złotych w okresie objętym kontrolą

48. W nowej umowie na wystawianie recept refundowanych NFZ zastrzega sobie prawo do nałożenia na lekarza kary umownej w wysokości 300zł w przypadku:

- A. niezgodnego z prawem prowadzenia dokumentacji medycznej
- B. wystawienia recepty w miejscu niewskazanym w umowie
- C. błędnych danych pacjenta na recepcie
- D. braku danych odnośnie wystawionej recepty w dokumentacji medycznej
- E. wszystkie powyższe

49. Nowa umowa na wystawianie recept refundowanych wprowadzona Zarządzeniem 25/2012/DGL Prezesa NFZ:

- A. nie przewiduje kar umownych
- B. przewiduje nałożenie kary umownej tylko za jedną nieprawidłowość danego typu popełnioną w okresie objętym kontrolą

C. przewiduje sumowanie kar umownych za dany rodzaj nieprawidłowości popełnionych w okresie objętym kontrolą do wysokości 300%

D. przewiduje sumowanie się kar umownych za każdy rodzaj nieprawidłowości

E. C i D

50. Najpewniejszym sposobem na uniknięcie przez lekarzy praktykujących prywatnie negatywnych konsekwencji wystawiania recept refundowanych jest:

- A. niezawieranie z Funduszem umowy na wystawianie recept refundowanych
- B. skrupulatne przestrzeganie wszystkich przepisów zawartych w 22 aktach prawnych regulujących wystawianie recept refundowanych
- C. szczegółowe sprawdzanie uprawnień pacjentów do wystawiania recept refundowanych
- D. staranne dokumentowanie w historii choroby wskazań do przepisania leku
- E. przepisywanie leków nieobjętych refundacją

ODPOWIEDZI

Odpowiedź D (art. 34 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 63 pkt 13 i art. 2 ust 14 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych).

Odpowiedź E (art. 2 ust 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź E (art. 5 ust. 14 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź C (§9 Załącznika nr 1 do Zarządzenia 25/2012/DGL Prezesa NFZ).

Odpowiedź B (§ 9 Załącznika nr 1 do Zarządzenia 25/2012/DGL Prezesa NFZ).

Odpowiedź D.

Odpowiedź A (§10 ust. 5 pkt. e Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Odpowiedź A (§10 ust. 5 pkt. e Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania).

Odpowiedź D (§8 ust.1 pkt. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź E (§8 ust.1 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź B (§3 ust.1 pkt. 2b Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept) – **Przy wystawianiu recept dla osób bezdomnych lekarz powinien wskazać adres siedziby świadczeniodawcy, więc w przypadku praktyki lekarskiej będzie to adres tej praktyki.**

Odpowiedź C (§4 ust. 2 pkt. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź A (art. 63 ust. 15 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

Odpowiedź D (§12 ust. 5 i 6 Załącznika do Rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Odpowiedź C (art. 42 Ustawy o zawodzie lekarza).

Odpowiedź B (art. 240 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). **Zgodnie z treścią art. 240 ustawy o świadczeniach dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.**

Odpowiedź D (art. 67 ust 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź E (art. 415 Kodeksy Cywilnego, art. 118 i 119 Kodeksy Pracy)

Odpowiedź E.

Odpowiedź A (art. 48 i 54 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych).

Odpowiedź E (art. 49 ust.3 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyr. medycznych).

Odpowiedź E (art. 54 ust.2 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyr. medycznych).

Odpowiedź D (art. 54 ust.1 i 2 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyr. medycznych).

Odpowiedź B (załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź C (art. 46 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź B (art 2 ust. 1 pkt. 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź C (art. 54 ust 4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Odpowiedź E (art. 133 Ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz art. 24 ust.7 pkt. 2 i art. 67 ust 3 Ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych).

Odpowiedź D (§ 6 ust.1 pkt. 7 Rozporządzenia Ministra zdrowia w sprawie recept) **W ocenie ZRP prawidłowa odpowiedź to C.**

Odpowiedź E (§6 ust.1 pkt. 6 i 7 Rozporządzenia Ministra zdrowia ws. recept)

Odpowiedź B (§6 ust.1 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź C (§3 ust. 5 oraz załącznik nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź A (§31 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept)

Odpowiedź E (§2 ust. 3 oraz §16 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź B (§16 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept).

Odpowiedź C (§5 ust. 1 i 6 ust.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje).

Odpowiedź D (§6 i 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje).

Odpowiedź E (art. 5 pkt. 41 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

Odpowiedź C (§30 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych).

Odpowiedź E (§31 Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych).

Odpowiedź A (art 37 ust 6 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów med.).

Odpowiedź E (art. 6 ust 1 oraz art 40 ust 1 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyr. med.).

Odpowiedź A (art 6 ust. 3 i 6 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyr. medycznych).

Odpowiedź B (art. 11 Prawa Farmaceutycznego).

Odpowiedź B (art. 11 Prawa Farmaceutycznego).

Odpowiedź E (art. 6 ust. 2 ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych).

Odpowiedź C (§9 Załącznika nr 1 do Zarządzenia 25/2012/DGL Prezesa NFZ).

Odpowiedź E (§9 Załącznika nr 1 Zarządzenia 25/2012/DGL Prezesa NFZ).

Odpowiedź E (§9 Załącznika nr 1 Zarządzenia 25/2012/DGL Prezesa NFZ).

Odpowiedź A (instynkt samozachowawczy).

Test przeznaczony jest do nieodpłatnego udostępnienia w środowisku lekarskim w celach edukacyjnych. Niedozwolone jest komercyjne wykorzystywanie testu w jakiegokolwiek formie.

Maciej JĘDRZEJOWSKI
mjedrzejowski@ozzl.org.pl

PRAWO NA CO DZIEŃ

Tajemnica lekarska

Jednym z podstawowych obowiązków lekarza, poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jest obowiązek zachowania tajemnicy. Znajduje on swoją podstawę w art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011, nr 277, poz. 1634, tekst jedn.) oraz art. 13 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2008, nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 40 ust.1 przywołanej ustawy o zawodach, lekarz i lekarz dentysta mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Analogicznie, art. 13 ustawy o prawach pacjenta precyzuje, że pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym

udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Niezależnie od tego, art. 23 Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazuje, że tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi.

Z powołanych regulacji wynika, że prawo pacjenta znajduje swoje odzwierciedlenie w obowiązkach lekarza, przy czym ustawodawca wskazuje zakres przedmiotowy oraz podmiotowy wprowadzonego obowiązku. Obejmuje on informacje przekazane przez samego pacjenta, jak i te, które lekarz uzyskał z innych źródeł, w tym od osób trzecich, w tym członków rodziny pacjenta.

Lekarz związany jest tajemnicą również po śmierci pacjenta. Nie może ponadto podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. Zakresem omawianych regulacji nie zostały objęte informacje dotyczące osób trzecich, które lekarz uzyskał od pacjenta w związku z procesem leczenia. W takiej sytuacji osoby te mogą dochodzić swoich roszczeń w związku z naruszeniem ich dobra osobistego w postaci dobrego imienia, prawa do prywatności czy tajemnicy porozumiewania się lub tajemnicy korespondencji. Podstawę roszczeń będą wówczas stanowić przepisy kodeksu cywilnego (art. 448 k.c.).

Tajemnica obejmuje informacje dotyczące stanu zdrowia i udzielanych pacjentowi świadczeń, ale także innych informacji dotyczących życia prywatnego lub osobistego tego podmiotu. Mogą to być przykładowo informacje o stanie majątkowym pacjenta, jego stosunkach rodzinnych, zawodowych, wykonywanej przez niego pracy czy relacjach z pracodawcą lub innymi osobami.

Wprowadzając obowiązek tajemnicy lekarskiej, ustawodawca przewidział także wyjątki od tej zasady. Przepisu art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach nie stosuje się, gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw

Unormowanie to budzi najwięcej zastrzeżeń w praktyce, wymaga bowiem od lekarza wiedzy na temat obowiązującego prawa. W prawie medycznym można wskazać szereg wyjątków wynikających z konkretnych ustaw. Wśród wielu przepisów należy wymienić art. 50 ust. 2 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, który zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy: (1) w stosunku do lekarza sprawującego pieczę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, (2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej, a także (3) innych osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej w zakresie, w jakim to niezbędne. Ciekawe rozwiązania przewiduje też ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon, z tego powodu ma obowiązek, w ciągu 24 godzin od momentu rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu, zgłoszenia tego faktu: (1) państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub (2) państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu, lub (3) innym podmiotom właściwym ze względu na rodzaj choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu z powodu choroby zakaźnej.

Analogiczne stanowisko zajmuje polska judykatura. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 9 maja 2002 r. (I ACa 221/02) szpital ma obowiązek szcze-

gółowego powiadomienia pacjenta i członków jego najbliższej rodziny o konsekwencjach nosicielstwa wirusa choroby zakaźnej stwierdzonej u pacjenta. Zaniedbanie w tym zakresie stanowi czyn niedozwolony w rozumieniu art. 415 k.c. i prowadzi do odpowiedzialności szpitala za powstałą szkodę.

Na szczególną uwagę zasługuje jednak wyjątek odnoszący się do wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalizacji oraz od tego, w jakiej formie wykonują swoje czynności zawodowe (umowa o pracę, kontrakt), który został wprowadzony 1 stycznia 2012 r. Od tego dnia działają wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Osoby wezwane przez komisję, analizującą sprawę konkretnego pacjenta, są zwolnione z tajemnicy, a jednocześnie mają zachować w tajemnicy wszystkie informacje, jakie uzyskały w czasie prowadzonego postępowania.

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji

Wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje; o tym fakcie powinien jednak poinformować pacjenta jeszcze przed rozpoczęciem badania. Dane, których przekazanie nie jest konieczne, nadal objęte są tajemnicą.

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób

We wskazanym przypadku lekarz działa w celu ochrony interesu osób trzecich. To założenie zwalnia go z obowiązku zachowania tajemnicy. Przykładem takiego postanowienia jest art. 26 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu, lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub podmiot sprawujący prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekuna faktycznego o środkach służących zapobieganiu przeniesieniu zakażenia na inne osoby. W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych chorego.

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

Podmiotowy i przedmiotowy zakres zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy jest uzależniony od woli pacjenta. Podmiot ten może wskazać dowolną osobę, której mogą być przekazywane wszystkie informacje lub tylko określone dane. Nie ma znaczenia, czy są to członkowie rodziny czy też inne osoby bliskie. Nie

ma też żadnych przeszkód prawnych, aby pacjent wskazał także osoby spoza tego grona (np. dziennikarza).

5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;

Powołany wyjątek ma praktyczne zastosowanie. Trudno udzielać świadczeń zdrowotnych w sposób prawidłowy bez komunikacji między poszczególnymi osobami wykonującymi zawód medyczny. Wyjątek ten nie precyzuje, o jakie osoby chodzi, wskazując na szeroko ujęty katalog osób uczestniczących w udzielaniu tych świadczeń (inny lekarz, pielęgniarka, położna, diagnosta laboratoryjny, rehabilitant).

6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu.

We wskazanej sytuacji powodem zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy jest szeroko ujęte działanie w interesie publicznym.

W każdym z powołanych przypadków ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

Naruszenie obowiązku zachowania tajemnicy może prowadzić do powstania odpowiedzialności zawodowej, karnej oraz odpowiedzialności cywilnej. Odpowiedzialność cywilna jest odpowiedzialnością, która ma charakter majątkowy i służy naprawieniu szkody, jaką pacjent poniósł na skutek działania lub zaniechania lekarza. Z tych względów szczególne znaczenie odgrywa fakt, że konieczność zachowania tajemnicy jest nie tylko obowiązkiem lekarza, ale też prawem pacjenta. W razie bowiem zawinionego naruszenia tajemnicy lekarskiej, jak

każdego innego prawa pacjenta, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego.

Dodatkowo, zgodnie z art. 83 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009, nr 219, poz. 1708), członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, nazywanych „przewinieniem zawodowym”. Zakres uprawnień przyznanych sądowi lekarskiemu jest dosyć szeroki. Może orzec upomnienie, nagana, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, a nawet ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat. W przypadkach szczególnych sąd lekarski może orzec zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, a także pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Niezależnie od powołanych powyżej regulacji, art. 266 kodeksu karnego wskazuje, że każdy, kto wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch.

*Dr n. praw. Małgorzata SERWACH
Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Katedra Polityki Ochrony Zdrowia,
Uniwersytet Łódzki
Katedra Prawa Cywilnego
(przedruk z „Panaceum” nr 6/12)*

MEDYCYNĄ PO DYPLomie

Sztuka dobrego spania

Wartość snu każdego z nas jest niebagatelna, a sztuka dobrego spania, to bardzo istotny czynnik dobrej jakości życia. Podczas snu nocnego po, którym budzimy się wypoczęci, dochodzi do uaktywnienia układu immunologicznego, maksymalnego, dobowego wydzielania hormonu wzrostu, wzrostu uwalniania wielu hormonów, m.in. w każdym śnie REM wzrasta uwalnianie testosteronu u mężczyzn, czy estradiolu u kobiet. Jeszcze przed wybudzeniem w godzinach wczesnoporannych podwyższa się poziom kortyzolu. We śnie wzrasta ilość uwalnianej prolaktyny. To najważniejsze procesy, które stają się argumentami dla wątpliwości w wartość dbałości o fizjologiczny sen. Pamiętajmy, że dla ponad

60% społeczeństwa fizjologiczne są również kilkunastominutowe drzemki w ciągu dnia, przed którymi nie można się wzbraniać, lecz je po prostu zrealizować. Zaraz po drzemce jakości pracy, czy dowolnej aktywności znacznie się poprawi.

Jako, że sen jest przede wszystkim stanem mózgu – podczas wykładu dużo uwagi zwrócono na stan poprzedzający zasypianie. Mózg bowiem dla procesu zasypiania, potrzebuje stanu przed zaśnięciem, gdzie dojdzie do wycofania wszelkich bodźców wybudzających. Nabywanie umiejętności wycofywania takich bodźców jest istną sztuką, którą każdy z nas musi rozwijać. W przeciwnym zaś razie niechybnie dochodzić będzie do tzw. trudności

z zaśnięciem, rozwoju snu płytkiego, z częstymi wybudzeniami. A te objawy definiowane są jednym słowem – bezsenność (*insomnia*) – i im dłużej trwa, tym mózg trwalej zapamiętuje taki stan. Gdy bezsenność stanie się chroniczna i obejmie okres ponad miesiąca, wtedy proces wychodzenia z takiego zaburzenia jest długotrwały.

Jak rozwinąć sztukę dobrego spania? Oto kilka podstaw bez których nie możemy się obyć.

1. Stworzenie optymalnych warunków w sypialni:
 - temperatura powietrza 18–21° Celsjusza,
 - wilgotność powietrza ok. 50%,
 - komfortowe – pościel i łóżko.
2. Nieobjadanie się w godzinach popołudniowo-wieczornych.
3. Sprzymierzeńcami dobrego snu są:
 - codzienna rekreacyjna aktywność fizyczna aż do późnych godzin popołudniowych,

- regularna pora udawania się na spoczynek, ale i regularna pora porannego wstawania,
- relaks, muzyka budząca dobre emocje.

Czas do zaśnięcia jest azylem od codzienności.

4. Wrogami dobrego snu są:

- alkohol, nikotyna, leki psychoaktywujące,
- zbyt wysoka aktywność fizyczna, intelektualna czy emocjonalna, które poprzedzają udanie się na spoczynek.

Życzymy sobie wzajemnie, aby każdy z nas był mistrzem w sztuce dobrego spania.

dr n. med. Daria PRACKA,

dr n. med. Tadeusz PRACKI

*Katedra Fizjologii, Zakład Fizjologii Człowieka
Collegium Medicum w Bydgoszczy*

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

Najczęstsze składniki preparatów ziołowych – cz. I

Wprowadzenie

Najnowsze trendy na rynku farmaceutycznym pokazują zwiększone zainteresowanie pacjentów preparatami ziołowymi, które wspomagają leczenie takich zaburzeń, jak: niestrawność, zaparcia, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu moczowego, przeziębienie i grypę, poprawę pamięci, otyłość. Zmiany te z jednej strony wynikają z mody na ekologiczne, zdrowe odżywianie, co powoduje wzrost pacjentów preferujących wszystko, co jest naturalne. Z drugiej strony spowodowane jest to prowadzonymi na szeroką skalę działaniami reklamowymi dotyczącymi leczniczych preparatów ziołowych. W tej sytuacji mogą nasuwać się pytania:

- Czy nieograniczone picie leczniczych naparów ziołowych jest bezpieczne?
- Czy zachodzą znaczące interakcje preparatów roślinnych z lekami syntetycznymi i jaki ma to wpływ na skuteczność terapii?

Ważne jest również poprawne przechowywanie preparatów ziołowych. Zioła do zaparzania najlepiej trzymać w szczelnym pojemniku wykonanym z ceramiki albo metali, które nie wchodzi w reakcje z jedzeniem, ponieważ bardzo szybko wchłaniają obce zapachy. Powinny być przechowywane z dala od wilgoci, powietrza, promieni słonecznych. Nie należy ich używać po terminie ważności podanym na opakowaniu.

Herbata (*Camelia sinensis*)

Dokładnie nie wiadomo, skąd pochodzi herbata. Według legendy cesarz Shen-Nong (ok. 3 tys. lat p.n.e.)

odpoczywał pod drzewem herbaty, gdy do czarki z gorącą wodą wpadło mu kilka liści. Zachwycił się ich smakiem i aromatem, nazwał więc drzewo cha i podarował je ludziom. W taki sposób zaczęła się historia herbaty w Chinach. Różne cudowne właściwości przypisywane herbacie sprawiły, że „narodziny” herbacianego krzewu także owiane są legendą [1,2].

Z czasem zaczęto rozcierać liście na proszek i za pomocą bambusowych trzepaczek ubijano je z wodą na pianę. Około 5 w. n.e. Chińczycy zaczęli powszechnie pić herbatę, natomiast do Europy przywieziona została przez holenderskiego kupca w 1610 r. Napary herbaciane mają właściwości lecznicze, zgodnie z chińskim obyczajem przypisuje się jej około 20 różnych korzyści zdrowotnych [3].

W zależności od sposobu przetwarzania liści krzewu herbacianego, przede wszystkim stopnia fermentacji, otrzymuje się różne gatunki herbat: zieloną, czarną oraz czerwoną. Poza wymienionymi herbatami produkuje się także herbatę białą i żółtą. Ta ostatnia, zwana cesarską, jest trudno dostępna w Polsce z uwagi na wysoką cenę. Jest pośrednią odmianą między herbatą niefermentowaną zieloną a częściowo fermentowaną czerwoną.

Coraz większym zainteresowaniem konsumentów cieszą się podobne do herbaty napoje, takie jak: Yerba Matę czy Rooibos [2,4].

Według Tea Council światowa produkcja herbaty co roku osiąga wartość 2,9 mln ton, z czego ok. 20% stanowi herbata zielona, natomiast 70% - herbata czarna. Herbata to najczęściej konsumowany napój na świecie.

Jest ona wodnym naparem z wysuszonych liści kamelii chińskiej (*Camelia sinensis*) i zajmuje drugie miejsce (po wodzie) z rocznym spożyciem 40 l na osobę [5].

Herbata występuje w sprzedaży w wielu formach: jako produkt sypki - do zaparzania, w postaci granulatu, rozpuszczalnego proszku instant oraz jako pakowane w torebki - cieszące się dużą popularnością wynikającą z łatwości użycia [6]. Badania Mukhtar i Ahmad [7] pozwoliły na określenie dziennego spożycia naparu z liści herbaty, które wynosi ok. 120 ml/osobę.

Jak podaje Vastag [8], jedna filiżanka napoju herbatanego może stanowić dobre źródło przeciwutleniaczy, gdyż może zawierać nawet do 400 mg polifenoli. Liście herbaty czarnej zawierają alkaloidy purynowe (kofeinę, teofilinę oraz teobrominę) o działaniu tonizującym oraz garbniki katechinowe (działanie ściągające), kwas galusowy, saponiny oraz fluorki. Podczas specjalnej fermentacji herbaty wytwarza się olejek eteryczny, który nadaje jej charakterystyczny smak i zapach [9].

Należy pamiętać, aby nie popijać leków herbatą, ponieważ może wtedy dochodzić do niekorzystnych interakcji. Polifenole zawarte w herbacie mogą blokować wchłanianie żelaza, prowadząc do zmniejszenia efektu leczniczego preparatów żelaza przyjmowanych doustnie. Leki przeciwbakteryjne, stosowane m.in. w leczeniu zakażeń dróg moczowych (ciprofloksacyna), nasilają działanie pobudzające herbaty [10].

Preparaty ziołowe o działaniu wspomagającym w leczeniu bezsenności

Preparaty ziołowe o działaniu uspokajającym i nasennym tworzą jedną wspólną grupę. Napary ziołowe o działaniu uspokajającym są stosowane w celu obniżania nadmiernego pobudzenia, napięcia emocjonalnego i niepokoju, a co za tym idzie ułatwiają zasypianie.

Kozłek lekarski (*Valeriana officinalis*)

Surowcem farmakopealnym jest korzeń kozłka bogaty w olejek lotny o charakterystycznym przenikliwym zapachu oraz triestry irydoidowe, walepotriany: waltrat, 1-acetowaltrat i dihydrowaltrat [9].

W zależności od zastosowanej dawki substancje czynne wywierają wpływ kojący na ośrodkowy układ nerwowy i dlatego działają przede wszystkim, zwłaszcza przy bezsenności ośrodkowej; dodatkowo preparaty z kozłka są zalecane wspomagająco w chorobach serca oraz w łagodzeniu pobudliwości w nadczynności tarczycy.

Warto też wspomnieć, że preparaty waleriany mają zróżnicowaną wartość leczniczą w zależności od zastosowanego wyciągu alkoholowego lub wodnego, gdyż olejki lotne oraz walepotriany rozpuszczają się lepiej w alkoholu.

Zanotowano niekorzystne interakcje preparatów zawierających te zioła z lekami z grupy benzodiazepiny

(np. alprazolam, klonazepam, lorazepam), a także antydepresyjnymi (duloksetyna, trazodon).

Nasilenie efektu sedatywnego, depresji układu oddechowego może nastąpić następnego dnia, natomiast u osób starszych mogą pojawić się także zaburzenia psychomotoryczne. Stosowanie preparatów kozłka jest przeciwwskazane u kobiet w ciąży oraz matek karmiących [10,11].

Melisa lekarska (*Melissa officinalis*)

Nazwa surowca *Melissa officinalis* pochodzi od wyrazu *Jelitta*, co z greckiego oznacza pszczołę, gdyż roślinę znano od najdawniejszych czasów jako leczniczą i miododajną. Liście melisy o miłym cytrynowym zapachu są surowcem olejkowym oraz zawierają fenolokwas (m.in. kwas rozmarynowy, kwas kawowy) o działaniu rozkurczowym, uspokajającym, immunomodulującym, bakterio- i wirusostatycznym [9]. Działania niepożądane, przeciwwskazania oraz interakcje surowca są mało udokumentowane.

Chmiel (*Humulus lupulus*)

Lupulina (gruczoły wydzielnicze chmielu) to surowiec olejkowy oraz żywicowy, o działaniu uspokajającym na ośrodkowy układ nerwowy, ułatwiającym zasypianie, hipotensyjnym oraz o słabym działaniu antybiotycznym [9]. Działania niepożądane, przeciwwskazania oraz interakcje surowca są podobne, jak w przypadku melisy i kozłka lekarskiego.

Męczennica cielistą (*Passiflora incarnata*)

Surowcem leczniczym o działaniu uspokajającym i nasennym jest ziele męczennicy, bogate w alkaloidy indolowe, flawonoidy oraz glikozydy cyjanogenne [9]. Najczęściej stosuje się je w nadmiernym pobudzeniu układu nerwowego oraz pobudzeniu emocjonalnym, a także wspomagające w okresie przekwitania oraz w stanach skurczowych jelit i naczyń wieńcowych.

Przyjmowanie męczennicy może powodować u niektórych pacjentów zawroty głowy, splątanie oraz zaburzenia koordynacji ruchowej (ataksja). Opisano również przypadek 34-letniej kobiety zażywającej terapeutyczne dawki męczennicy z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi (nudności, wymioty) oraz tachykardią, która wymagała hospitalizacji. Zawartość glikozydów cyjanogennych może powodować wzrost toksycznego uszkodzenia wątroby oraz trzustki [12].

Preparaty ziołowe stosowane wspomagająco w chorobach układu oddechowego

Lecznicze działanie ziół w chorobach dróg oddechowych polega na ułatwieniu odkrztuszania zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych i oskrzeli. Działanie

to jest związane z zawartością w roślinach związków, takich jak saponiny czy olejki eteryczne; tu opiera się ono głównie na zwiększeniu usuwania wydzieliny przez spazmolityczny wpływ na nabłonek rzęskowy. Związki te zmniejszają tym samym duszność, łagodzą kaszel, ułatwiają oddychanie.

Najczęściej rozszerzające naczynia krwionośne to: aminek zawierający papawerynę oraz efedryna z zielela przeszli. Pomocne są również inhalacje z olejków eterycznych: eukaliptusowego, lawendowego, koprowego, sosnowego, tymiankowego.

Babka lancetowata (*Plantago lanceolata*)

Liście z babki lancetowatej wywierają łagodne działanie wykrztuśne i powlekające, dlatego też są cennym i często stosowanym surowcem leczniczym w stanach zapalnych jamy ustnej oraz krtani. Znaczenie lecznicze wykazują śluz i garbniki, które działają osłaniająco, jak również zmniejszają przekrwienie błon śluzowych [9]. Działanie przeciw-bakteryjne wykazuje tylko świeży surowiec. Działania niepożądane, przeciwwskazania oraz interakcje surowca są słabo udokumentowane.

Biedrzyk anyż (*Pimpinella anisum*)

Anyż jest rośliną uprawną, bardzo dobrze znaną od najdawniejszych czasów. W lecznictwie stosowany jest owoc anyżu zawierający olejki eteryczne, głównie anetol, o działaniu odkażającym, a także olej tłusty bogaty w witaminy A i D, białka, cukry [9]. Anyż, podobnie jak owoc kopru włoskiego, jest stosowany przede wszystkim jako lek wykrztuśny i rozkurczający w suchym kaszlu ze skąpą, lecz gęstą wydzieliną, w nieżytach gardła jako środek przeciwbakteryjny. Działanie wiatropędne jest szczególnie zalecane w zaburzeniach trawiennych, przebiegających z bólami brzucha, wzdęciami, kolkami. Znanie i cenione są jego walory smakowe i aromatyczne, wykorzystywane w piekarnictwie, przemyśle cukierniczym i spirytusowym. Jak każdy surowiec olejkowy, owoce anyżu mogą wywoływać reakcje alergiczne.

Prawoślaz lekarski (*Althaea officinalis*)

W lecznictwie stosowane są liście oraz korzeń prawoślazu lekarskiego, które uchodzą za jedno z najbardziej wartościowych roślinnych surowców leczniczych zawierających śluz. Surowiec jest pomocny w stanach zapalnych jamy ustnej oraz gardła - jako środek powlekający i łagodzący, przy kaszlu oraz w nieżytach dróg oddechowych [9]. Ponadto liście prawoślazu przykładane są zewnętrznie, służąc jako okłady zmiękczające. Surowiec pozbawiony jest składników silnie działających, dlatego tak chętnie stosowany jest w pediatrii.

Tymianek pospolity (*Thymus vulgaris*)

Ziele tymianku zawiera stosunkowo duże ilości olejku eterycznego o działaniu odkażającym, w którym prze-

szło połowę stanowią związki fenolowe (tymol, karwakrol), garbniki, flawonoidy, kwasy organiczne, żywice, cukry i liczne sole mineralne oraz substancje gorzkie i triterpeny.

Głównie dzięki związkom flawonoidowym surowiec tego ziele działa przeciwskurczowo na mięśnie gładkie, pobudzając czynność nabłonka górnych dróg oddechowych. Z tej przyczyny napary lub też wyciągi z ziele tymianku stosuje się w stanach zapalnych dróg oddechowych, przy męczącym kaszlu, chrypce, wysuszeniu błon śluzowych gardła, w nieżytach oskrzeli i trudnościach w odkrztuszaniu [13].

Bezpieczeństwo stosowania tymianku u kobiet w ciąży oraz matek karmiących jest mało udokumentowane. Tymianek nie powinien być stosowany u osób uczulonych na olejek tymiankowy, gdyż może wywoływać reakcje alergiczne [10].

Preparaty ziołowe stosowane wspomagająco w chorobach układu krążenia

Choroby układu krążenia to poważny problem współczesnej medycyny. Do ich rozwoju przyczynia się w obecnym czasie styl życia, tzn. mała aktywność fizyczna, picie alkoholu, otyłość, niewłaściwa dieta, palenie tytoniu. Jednym z ważniejszych czynników nasilających rozwój chorób układu krążenia jest stres.

W leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego, takich jak: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, arytmia, choroba wieńcowa serca, stosowana jest głównie indywidualna terapia farmakologiczna. Farmakoterapię można wspierać preparatami roślinnymi.

Głóg jednoszyjkowy i dwuszyjkowy (*Crataegus monogyna* et *Crataegus oxyacantha*)

Kwiatostan głogu działa regulująco na serce i naczynia krwionośne, obniża ciśnienie krwi, poprawia krążenie, zmniejsza pobudliwość układu nerwowego. Podstawowe składniki aktywne to flawonoidy (hiperozyd) i oligomeryczne dehydrokatechiny, głównie proantocyjany [9]. Surowiec ten używany jest jako lek nasercowy. Liczne badania kliniczne potwierdzają skuteczność przetworów, wykazując działanie inotropowo dodatnie (zwiększa siłę skurczu serca) [14].

Ze względu na brak odpowiednich badań preparatów głogu nie należy podawać kobietom w ciąży oraz matkom karmiącym. Nie ma dostępnych informacji dotyczących bezpieczeństwa jednoczesnego stosowania głogu oraz leków o działaniu wazodilatacyjnym (teofilina, kofeina, leki blokujące receptor beta-adrenergiczny, adenozyna, niektóre leki przeciwarytmiczne) [10].

Jemioła pospolita (*Viscum album*)

Jemioła pospolita jest rośliną półpasożytniczą, rosnącą na drzewach liściastych, sośnie i jodle. W krajach nordyckich wierzono, że wieszanie jemioły podczas świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku przynosiło zgodę, miłość i szczęście. Zwyczaj całowania się pod jemiołą wywodzi się prawdopodobnie z XVII-wiecznej Anglii i wiąże się z darem płodności.

Jemioła ma znaczące właściwości lecznicze - jest stosowana jako lek hipotensyjny. Substancje czynne w jemiole, będące jednocześnie substancjami toksycznymi, to związki peptydowe (wiskotoksyna). W łodygach, liściach i owocach znajdują się polisacharydy, którym przypisuje się pewne działanie immunostymulujące. Próbuje się również stosowania preparatów jemioły w leczeniu niektórych chorób nowotworowych [9].

Z działań niepożądanych po użyciu preparatów jemioły zaobserwowano uczulenia, gorączkę oraz objawy grypopodobne. Ze względu na zawartość związków toksycznych jemioła jest przeciwwskazana u kobiet w ciąży oraz matek karmiących. Interakcje leków syntetycznych z jemiołą są mało poznane [10].

Fiołek trójbarwny (*Viola tricolor*)

Ziele fiołka trójbarwnego jest surowcem flawonoidowym zawierającym jednocześnie pochodne kwasu salicylowego [9], który wykorzystywano do „oczyszczania krwi” lub jako środek skuteczny w pozbywaniu się wszelkich substancji toksycznych z organizmu. Fiołek trójbarwny posiada właściwości moczopędne oraz regulujące przemianę materii. Dzięki obecności rutyny zmniejsza kruchość naczyń krwionośnych. Na szczególną uwagę zasługuje korzystne działanie fiołka w licznych schorzeniach skórnych, dlatego surowiec stosuje się w trądziku pospolitym, wypryskach i chronicznych pokrzywkach.

Należy wspomnieć, że surowiec nie powoduje działań niepożądanych. Jest zazwyczaj stosowany jako składnik mieszanek z innymi roślinami o działaniu nasercowym.

Serdecznik pospolity (*Leonurus cardiaca*)

Ziele serdecznika to nietoksyczna roślina o działaniu uspokajającym, moczopędnym i hipotensyjnym. Główne składniki czynne tego surowca to związki proalkaloidowe oraz substancje o charakterze glikozydów bufadienolidowych [9]. Wykazuje ono słabe działanie nasercowe: zwalnia czynność serca i obniża ciśnienie krwi.

Surowiec ten stosowany jest często w mieszkankach ziołowych w stanach lękowych, połączonych z często skurczem napadowym, nadciśnieniem, nerwicami.

Preparaty ziołowe wspomagające pamięć

Zaburzenia poznawcze najczęściej dotyczą osób po 50. r. ż. i obejmują zaburzenia pamięci, koncentracji, a także zaburzenia funkcji poznawczych. U osób młodych od czasu do czasu może dochodzić do zmniejszenia wydajności procesów pamięciowych pod wpływem stresu emocjonalnego oraz przemęczenia. Zaburzenia pamięci mogą wynikać z wielu czynników, takich jak np. niedobór acetylocholino (substancji uczestniczącej w procesach pamięciowych w mózgu), zaburzenia krążenia mózgowego powstałe na skutek rozwoju miażdżycy naczyń mózgowych czy urazów, występowanie różnych chorób ogólnoustrojowych i neurodegeneracyjnych (np. choroba Alzheimera lub Parkinsona).

Milorzab japoński (*Ginkgo biloba*)

Preparaty ziołowe stosowane w zaburzeniach pamięci mogą zawierać suszone liście *Ginkgo biloba* (milorzab japoński). Liście tego, uchodzącego za najstarsze filogenetycznie na świecie drzewa, mają bardzo charakterystyczny wachlarzykowaty kształt i zawierają następujące składniki o aktywności biologicznej:

- flawonoidy,
- seskwiterpeny (najważniejszy bilobalid),
- diterpeny (ginkgolidy).

Składniki *Ginkgo biloba* wykazują znamienny wpływ na krążenie mózgowe, działanie zmniejszające krzepliwość krwi (antyagregacyjne) oraz poprawiające krążenie mózgowe [9]. Preparaty miłorzębu japońskiego są produkowane najczęściej w postaci nalewek, wyciągów oraz drażetek, które są standaryzowane na zawartość aktywnych związków ginkgolidów, flawonoidów, natomiast w aptekach internetowych dostępne są herbatki zawierające liście miłorzębu.

Niekontrolowane picie herbatek zawierających miłorzab japoński może doprowadzić do wystąpienia takich działań niepożądanych, jak: krwawienia z jamy ustnej i przewodu pokarmowego, alergie, a ponadto aktywne składniki preparatu mogą wchodzić w liczne interakcje z innymi lekami. Z doniesień naukowych wynika, że *Ginkgo biloba* może potęgować działanie antyagregacyjne leków (warfaryna, tiklopidyna, pochodne heparyn drobnocząsteczkowych, kwas acetylosalicylowy, ibuprofen), nasilając oraz wydłużając czas krwawienia nawet do 150%. W wyniku niepożądanego interakcji tych leków obserwowano również poważne krwawienia wewnętrzne [15]. Mechanizm tych interakcji nie jest do końca poznany, prawdopodobnie dochodzi do modulowania różnych izoenzymów cytochromu P 450 oraz działania antyagregacyjnego (hamowanie czynnika agregacji płytek krwi przez miłorzab japoński) [15].

Ponieważ ekstrakty z liścia *Ginkgo biloba* stosowane długotrwale modulują izoenzymy cytochromu P 450 (CYP2C19, CYP3A2), zanotowano również przyspie-

szenie metabolizmu, a co za tym idzie zmniejszenie stężenia omeprazolu we krwi i niektórych leków przepisywanych w nadciśnieniu tętniczym (hydrochlorotiazyd, nikardipina) [15] - prowadząc tym samym do zmniejszenia skuteczności tych leków.

Preparaty ziołowe stosowane wspomagająco w przemęczeniu

Żeń-szeń (*Panax Ginseng*)

Korzeń żeń-szeń (*Panax Ginseng*) w medycynie dalekiego wschodu nazywany jest „korzeniem życia”. Ma kształt przypominający ludzką postać. Od dawna znane są jego właściwości wzmacniające ciało i układ nerwowy, ponadto korzystnie wpływa na ciśnienie krwi, działa antyoksydacyjnie, obniża poziom lipidów, wzmacnia układ immunologiczny, działa przeciwnowotworowo.

Podstawowe składniki czynne korzenia to saponiny (panaksozydy lub ginsenozydy), które odpowiedzialne są za postulowane działanie wzmacniające siły witalne oraz męskość, natomiast panaksynol - związek zawarty w olejku eterycznym charakteryzuje się właściwościami antyagregacyjnymi [9]. Cenny korzeń ma ugruntowaną pozycję i szerokie zastosowanie w leczeniu jako środek adaptogeny (przeciwstresowy) w geriatric. Wyniki badań klinicznych wykazują, że znacząco redukuje częstość zachorowania na grypę i przeziębienie, aktywując układ odpornościowy [16].

Żeń-szeń jest dobrze tolerowany. Wykazuje on stosunkowo niewiele działań niepożądanych, jak: ból głowy, senność, wzrost ciśnienia krwi w dużych dawkach czy zaburzenia żołądkowo-jelitowe (biegunki, nudności) [15]. Należy unikać połączenia leków zmniejszających krzepliwość krwi, np. warfaryny z korzeniem żeń-szeń [15].

Guarana (*Paullinia cupana*)

Owoc guarany otrzymywany z rośliny *Paullinia cupana* często można znaleźć w herbatkach pobudzających układ nerwowy, dodających energii, poprawiających pamięć i koncentrację. Indianie zamieszkujący zachodnią część Amazonki znali owoc guarany od dawna, przygotowywali z niego napój o działaniu pobudzającym, nazywany „eliksirem młodości” [17]. Guarana jest najbogatszym w kofeinę surowcem roślinnym. Oprócz kofeiny w surowcu tym występuje teofilina i teobromina, garbniki, tłuszcze, duże ilości włókna [9]. Nadmierne picie herbatki zawierającej guaranę może powodować przedawkowanie kofeiny, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego - drżeń, podniecenia, bezsenności, sercowo-naczyniowego przyspieszenia czynności serca, wzrostu ciśnienia krwi. Może także zaostrzyć chorobę wrzodową oraz nasilać diurezę i niedobór magnezu i potasu [9].

Owoce guarany przeciwwskazane są u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca, zaburzenia rytmu serca), niestabilną nadczynnością tarczycy, chorobą wrzodową i chorobami układu nerwowego. Należy uważać na połączenia herbatki zawierających owoce guarany z efedryną, złożonymi lekami o działaniu przeciwbólowym (np. paracetamol i kofeina), lekami stosowanymi w leczeniu astmy (teofilina, leki pobudzające receptory beta, np. salbutamol), lekami hamującymi enzymy mikrosomalne w wątrobie (cymetydyna, fluoksetyna, erytromycyna, doustne środki antykoncepcyjne) [10]. Łączne stosowanie tych preparatów z produktami zawierającymi guaranę prowadzi do zwiększenia stężenia kofeiny we krwi i nasilenia działań toksycznych, co może spowodować wystąpienie opisanych działań niepożądanych.

Ostrokrzew paragwajski (*Yerba mate*)

Wysuszone zmielone liście *yerba mate* (z języka łaćcińskiego *herba* - ziele oraz z języka keczua *mati* - tykwa, w której parzy się ziele) uzyskuje się z wiecznie zielonego krzewu ostrokrzewu paragwajskiego.

Uważa się, że napary z liści *yerba mate* są bezpieczniejszą wersją kawy. Najważniejsze składniki o działaniu farmakologicznym to alkaloidy ksantynowe (kofeina, teofilina i teobromina), saponiny o działaniu immunostymulującym oraz 10% kwas chlorogenowy. Ponadto roślina ta jest bogatym źródłem witamin i minerałów [18]. Wyniki badań ostatnich lat wykazują, że picie *yerba mate* korzystnie wpływa na układ moczowy i sercowo-naczyniowy, pobudza układ nerwowy, jest również „wymiataczem” wolnych rodników (działanie antyoksydacyjne) [19]. Udowodniono także korzystny wpływ picia naparów ziołowych zawierających *yerba mate* na redukcję masy ciała u pacjentów z nadwagą [20].

Niepokojące są jednak doniesienia dotyczące podwyższonej zawartości policyklicznych węglowodorów aromatycznych u ludzi pijących systematycznie ten rodzaj herbaty, co może zwiększać zapadalność na nowotwory różnych narządów [21]. Działania niepożądane oraz interakcje *yerba mate* z lekami wynikają z obecności w tych liściach kofeiny.

Piśmiennictwo w redakcji

Krystyna CEGIELSKA-PERUN, Emilia TRZASKA,
Zakład Farmakodynamiki,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kier. zakładu: prof. dr hab. Helena E. Makulska-Nowak

Anna FABISIAK

Zakład Technologii Przetworów Owocowych i Warzywnych,

Instytut Biotechnologii Przemysłu

Rolno-Spożywczego, Warszawa

Kier. zakładu: dr inż. Sylwia Skąpska

(przedruk z „Leku w Polsce” nr 3/12)

Lekarz – pacjent

Zastanawiałem się, czy dobrze postępuję, poruszając ten temat. Media wielokrotnie pisały o prawach pacjentów i o tym, że są traktowani przedmiotowo. Początkowo nie dawałem temu wiary. Dokładne jednak przyjrzenie się problemowi i własne doświadczenia sprawiły, że zmieniłem zdanie. Sytuacja chorych na pewno mogła być lepsza. Pacjent bywał zestresowany już od chwili wkroczenia do szpitala. Białe ubrane personel budził w nim pewien niepokój, choć powinien budzić nadzieję. Wpisując chorego do książki przyjęć i zakładając historię choroby wymagano złożenia podpisu, nie informując go, że w ten sposób wyraża zgodę na wszelkie badania i zabiegi. Nie wiedział nawet, czy będą konieczne. Pytanie, kogo zawiadomić w razie nieszczęścia, nasuwało podejrzenie, że może się ono przytrafić. Przebrany później w strój szpitalny tracił jakby ze swej osobowości. Częściej dotyczyło to ciężarnych i rodzących. W oddziale chory w dużym stopniu uzależniony był od kultury salowych i pielęgniarek. Naturalnie bywało różnie - ale właśnie różnie.

My lekarze nie zawsze mieliśmy czas, by z chorym właściwie porozmawiać. Nie informowaliśmy ich o planowanych badaniach i zabiegach. Za często używaliśmy fachowych medycznych określeń, niezrozumiałych w pełni przez pacjentów. Wywiad zbierano często pobieżnie. Sposób postępowania z chorymi przejęliśmy podświadomie od swych szefów. Postępowaliśmy zgodnie z naszą najlepszą wiedzą medyczną, mając na celu dobro chorego. On zaś powinien się nam posłusznie podporządkować. Zastrzeżenia z jego strony, czy brak pełnej zgody nieraz nas zaskakiwały. Wymagałem zawsze, by lekarz, siedząc, nigdy nie rozmawiał z chorym stojącym, a nieraz tak się zdarzyło.

Czasem jednak my, lekarze, znajdujemy się również w roli pacjentów. Wtedy, choć częściowo, zdajemy sobie sprawę z odczuć chorego. Chorując w szpitalu, w którym pracujemy, cieszymy się pewnymi względami. Nieźle jest też, gdy trafiaamy do szpitala, w którym opiekuje się nami znajomy lekarz czy kolega z roku. Gorzej zaś, gdy znajdujemy się w szpitalu klinicznym w odległym mieście czy stolicy. Możliwości diagnostyczne i terapeutyczne są tam na pewno większe. Stosunek zaś do pacjenta – lekarza bywa różny.

Zazwyczaj asystenci kliniki zaznaczają swą wyższość w zakresie wiedzy i umiejętności nad lekarzem z prowincji. Wtedy ten lekarz czuje się tak właśnie, jak zwykły pacjent w jego szpitalu.

Celowo dałem taki tytuł mej pracy. Można go zrozumieć dwojako: jako stosunek lekarz - pacjent lub też lekarz jako pacjent.

Przez prawie 40 lat byłem lekarzem szpitalnym, a bywałem też pacjentem w innych szpitalach. Obie te opcje mogłem więc sprawdzić osobiście, co skłoniło mnie do przedstawienia tego tematu.

W 1978 r. zwróciłem się listownie do jednej ze stołecznych klinik. Zostałem przyjęty i po załatwieniu wstępnych formalności znalazłem się w sali 6-osobowej. Miałem mieć zabieg poszerzenia wpustu met. Starka. W ramach przygotowań pielęgniarka przepłukiwała mi przełyk przy pomocy sondy. Po raz pierwszy dokonano tego w pokoju pielęgniarskim. Następnego dnia do tej czynności zaprowadzono mnie do pomieszczenia ze szczotkami i basenami, w sąsiedztwie otwartej ubikacji. Widziałem wchodzących tam i wychodzących pacjentów. Moje oburzenie spowodowało, iż powrócono znów do pokoju pielęgniarskiego. Nadszedł wreszcie dzień właściwego zabiegu. Wykonano go w gabinecie zabiegowym, po uprzedniej iniekcji domięśniowej. Ze względu na możliwość następnego krwawienia lekarz regularnie co godzinę sprawdzał mój stan i badał tętno.

Muszę jednak zaznaczyć, że przez okres pobytu w klinice, czy to podczas zbierania wywiadu, czy też w czasie obchodu lekarskiego lub profesorskiego w najmniejszym stopniu nie dano poznać, że jestem kolegą lekarzem. Byłem zwykłym, jak inni, szarym pacjentem. A liczyłem chociaż w małym stopniu, na jakiś cieplejszy stosunek.

Przygotowywałem się już do opuszczenia kliniki, gdy po dwóch dniach, bez żadnego uprzedzenia, wezwano mnie ponownie do gabinetu zabiegowego. Później dopiero domyśliłem się, że moje nieczęsto spotykane schorzenie chciano pokazać 6-ciu przybyłym w tym dniu kursantom. I znowu po iniekcji domięśniowej wprowadzono endoskop do przełyku i wszyscy kursanci oglądali go kolejno. Następnie, ku mojemu zaskoczeniu, asystent oświadczył, iż przez pomyłkę można nieraz wprowadzić endoskop do przełyku i wszyscy kursanci oglądali go kolejno. Następnie, ku dalszemu zaskoczeniu, asystent oświadczył, iż przez pomyłkę można nieraz wprowadzić endoskop do tchawicy. Uczynił to znowu, a obraz mojej tchawicy oglądali wszyscy kursanci. Wymęczonego odwieziono mnie do sali. Nikt nie prosił mnie o zgodę na tą prezentację. Rozumiem, że szpital kliniczny prowadzi też szkolenia. Nie odmówiłbym, choć bez entuzjazmu, gdyby mnie o to poproszono. Wykazano się jednak zupełnym brakiem taktu i szacunku w stosunku do pacjenta i to pacjenta – lekarza.

Przypomniałem sobie wówczas pewną sytuację z przeszłości. W 1951 r. leżałem w poznańskiej klinice chorób wewnętrznych. Prowadząca oddział pani doc. Do-

wżenku zapytała leżącego w mojej sali profesora UAM, czy nie będzie miał nic przeciwko temu, aby zbadali go studenci. Jaka różnica kultury.

Moja kuracja była zakończona i mogłem wyjść w sobotę. Oświadczone mi jednak, że wyjdę dopiero w poniedziałek, klinika bowiem zwalnia tylko jedną osobę dziennie i wyznaczono już kogoś innego. Niepotrzebnie więc niedzielę spędziłem w szpitalu. Wydano mi obszerną kartę wypisową z zaleceniem kontroli w poradni przyklinicznej. Nie chciałem z niej korzystać. O pobycie w tej klinice wołałem jak najszybciej zapomnieć. Osobiście doświadczyłem wyraźnej dominacji personelu szpitalnego nad chorym i to od salowej poprzez pielęgniarki

aż do ordynatora. Zostałem potraktowany jako prowincjonalny lekarz z dalekich Ziem Odzyskanych, którego trzeba tylko wyleczyć. A mnie zaś wydawało się, że stosunek do mnie oparty na wspólnocie zawodowej będzie trochę inny. Między chorym a lekarzem winna bowiem wytworzyć się pewna więź i wzajemne zaufanie, dające w efekcie nawet lepszy rezultat leczniczy. Tego ja nie odczułem. Pobyt w tej klinice uświadomił mi, jak ważny jest stosunek do chorego. Każdy lekarz stojąc przy łóżku chorego powinien wyobrazić sobie, że mógłby być na jego miejscu.

dr n. med. Tadeusz ZGORZALEWICZ

(przedruk z „Doktora” nr 5/12)

Mózg wciąż zwycięża

Wciąż niewiele wiemy o tym, jak działa ludzki mózg i jakie są mechanizmy chorób neurodegeneracyjnych. - *Poznamy mózg. To taka maszyna jak inne* - mówi prof. Richard Frąckowiak*. I dodaje, że do XVI w. nie wiedzieliśmy, jak działa ludzkie serce. Poznanie mechanizmu działania mózgu jest z pewnością trudniejsze, ale - jego zdaniem - możliwe, zwłaszcza teraz, kiedy nastąpi mariaż medycyny z informatyką.

W kilku krajach europejskich trwa realizacja zakrojonego na szeroką skalę programu naukowego o nazwie *Human Brain Project*. Jego celem jest dokładne odtworzenie informatyczne działania ludzkiego mózgu. Znany neurolog Richard Frąckowiak, obecnie szef Katedry Neurologii Klinicznej Uniwersytetu w Lozannie, jest jednym z liderów projektu. - *Kiedy zrozumiemy i będziemy potrafili symulować pracę mózgu, nastąpi rewolucja w medycynie, a przy okazji także w informatyce* - twierdzi profesor.

W projekcie, oprócz badaczy zajmujących się naukami biologicznymi, biorą udział matematycy i informatycy, którzy konstruują superkomputery o niewyobrażalnej wprost mocy przetwarzania danych. Problemy oczywiście są. O jednym z nich, dotyczącym zużycia energii, mówi prof. Frąckowiak: - *Ludzki mózg zużywa 30-40 watów na dobę. Obecnie w naszych komputerach przetwarzamy 1016 danych, na co komputery zużywają 20-40 kilowatów energii na godzinę. A przetwarzać chcemy 1020 danych.* -

Jak widać, maszyny wciąż przegrywają z ludzkim mózgiem. Zresztą wystarczy powiedzieć, że symulacja pracy jednego neuronu to zużycie całej energii pracy jednego laptopa. A ponieważ w ludzkim mózgu pracują miliardy neuronów, symulacja jego działania jest olbrzymim wyzwaniem.

Frąckowiak podkreśla, że jednym z celów *Human Brain Project* jest zmiana podejścia do chorób neurodegeneracyjnych. - *Teraz opisujemy zjawiska czy objawy wynikające z choroby, a nie jej mechanizm. Na ra-*

zie tak postępujemy, bo nie mamy innej teorii, w ramach której moglibyśmy znaleźć mechanistyczne wyjaśnienie danego zjawiska: dlaczego coś nie działa, kiedy i jakie są analogie z innymi zjawiskami. Na przykład wiemy, że w chorobie Alzheimera występuje beta-amyloid. Jego powstanie może być początkiem choroby, ale niewykluczone, że jest jej efektem końcowym. Na razie inwestujemy w technologię, która pozwala na usunięcie tego beta-amyloidu z mózgu. Jeśli jednak okaże się, że ów beta-amyloid pojawia się na skutek działania określonego mechanizmu, to bez poznania tego mechanizmu do niczego nie dojdziemy - tłumaczy.

Podobnie jest z genetyką. Wiemy, że pojedyncza mutacja genu może dać różne fenotypy i na odwrót - wiele mutacji może przełożyć się na jeden fenotyp. Wciąż nie wiemy, dlaczego. W tym tradycyjnym podejściu, polegającym na zbieraniu informacji o objawach i na tej podstawie wdrażaniu terapii, zbieranie danych jest subiektywne i być może w tym tkwi przyczyna, że nie zanotowaliśmy fundamentalnego przełomu w rozumieniu patofizjologii chorób neurodegeneracyjnych i psychicznych.

- *Wiemy już teraz bardzo dużo o strukturze mózgu i jego funkcjach. Zebraliśmy gigantyczne ilości informacji dotyczących m.in.: genów funkcjonalnej ekspresji białek, sieci neuronowych, wyspecjalizowanych obszarów zdefiniowanych przez mikroanatomię i inne technologie. Nie potrafimy ich jednak przetworzyć, a przynajmniej do tej pory tego nie potrafiliśmy. Wiemy na przykład, że medycyna nie dysponuje dobrymi narzędziami diagnostycznymi choroby Alzheimera - błędnych jest ok. 20% rozpoznań. Z pomocą przychodzi nam informatyka i matematyka* - mówi Frąckowiak.

W jednej z części projektu zebrano już miliony danych pacjentów z wielu szpitali, ośrodków badawczych i uniwersytetów medycznych w Europie. Olbrzymie maszyny, dzięki skonstruowaniu skomplikowanych algorytmów, zaczęły już te dane przetwarzać. Wyodrębniono pierwszych sześć grup, a do każdej przypisano pięć lub

sześć ściśle określonych charakterystyk. - Każda grupa tych charakterystyk jest inna, bo te same choroby manifestują się w różny sposób, wobec tego mamy dość duże podgrupy. Zastosowana metoda pokazuje, że stosunkowo łatwo można te podgrupy rozpoznać. Wyodrębniamy podobieństwa i różnice na podstawie olbrzymiej ilości danych. Teraz trzeba zrozumieć, co jest przyczyną tych podobieństw i różnic w poszczególnych grupach. Będziemy też analizować skany mózgu pacjentów, których dane są przetwarzane, a następnie różnicować je pod kątem genetyki - wyjaśnia Frąckowiak. Jednym z celów naukowców jest wychwycenie cech jeszcze przed wystąpieniem choroby neurodegeneracyjnej i poszukiwanie mechanizmu jej powstania. - Pierwsza analiza powinna pokazać

do pewnego stopnia, czy za konkretną manifestacją choroby stoi zmiana genetyczna, mechaniczna czy fizjologiczna - dodaje profesor.

Wiosną br. skończy się część pilotażowa projektu. Kolejna rozpocznie się jeszcze w tym roku. Projekt prowadzi konsorcjum 13 partnerów z dziewięciu krajów Unii Europejskiej. Finansuje go m.in. Unia Europejska. Więcej informacji można znaleźć na: www.humanbrainproject.eu.

Justyna WOJTECZEK

* Prof. Richard Frąckowiak był jednym z wykładowców podczas Europejskiego Kongresu Psychiatrii w Pradze.

(przedruk z „Pulsu” nr 5/12)

Powrót Boziewicza

Uczennicom wyższych klas „podstawówki” polecono kiedyś przeczytać „Dziewczęta z Nowolipek” Poli Gojawiczyńskiej. Chodziło o docenienie władzy ludowej, dzięki której taki los omijał młode Polki. Ale właśnie ów los dziewcząt uwodzonych i wysyłanych wcześniej za mąż był tak frapujący, że wszystkie chciałyśmy mieszkać na Nowolipkach. Po Kwirynie i jej koleżankach przyszła pora na poznanie fantazji pierwszych ułanów Drugiej Rzeczypospolitej z Wieniawą na czele i zaczęła się fascynacja okresem tzw. dwudziestolecia międzywojennego.

Jedną z najciekawszych publikacji tamtego okresu był „Polski kodeks honorowy” Władysława Boziewicza. Była to główna podstawa teoretyczna organizowania pojedynków między polskimi gentlemanami w okresie międzywojennym, ale nie tylko. Przede wszystkim zdecydowane i jasne określenie, kto zasługuje na szacunkowe miano „osoby honorowej” i jak postępować honorowo. (Ciekawostką jest, że Boziewicz w 1923 r. jako oficer rezerwy zatrzymany w służbie czynnej, pełnił tę służbę w Rejonowym Zakładzie Gospodarczym w Katowicach).

Art. 8. Kodeksu wyraźnie wymieniał:

„Wykluczonymi ze społeczności ludzi honorowych są osoby, które dopuściły się pewnego ściśle kodeksem honorowym określonego czynu; a więc indywidua następujące”. Tu następowała lista, którą skracam (i cenzuruję, z uwagi na poprawność polityczną):

- denuncjant;
- kompromitujący cześć kobiet niedyskrecją;
- notorycznie łamiący słowo honoru;
- zeznający fałsz przed sądem honorowym;
- gospodarz łamiący prawa gościnności przez obrażanie gości we własnym mieszkaniu;
- ten, kto nie broni czci kobiet pod jego opieką pozostających;
- piszący anonimy;
- oszczerca;
- paszkwilant i członek redakcji pisma paszkwilowego;

- rozszerzający paszkwile;
- szantażysta, przywłaszczający sobie nieprawnie tytuły, godności lub odznaczenia;
- obcujący ustawicznie z ludźmi notorycznie niehonorowymi;
- podstępnie napadający (z tyłu, z ukrycia itp.).

Są w Kodeksie, w części dotyczącej pojedynków, też fragmenty zastanawiające, np. taki: „Jeśli jeden z walczących zostanie rozbity, natenczas po komendzie „Stój!”, winni sekundanci tegoż z ziemi szablę podnieść, dać lekarzowi do dezynfekcji, a następnie wręczyć na powrót klientowi”... Chodziło o symbol czy rekonwalescencję, bo jak miemam, rany po brudnej szabli goją się trudniej?

Patrzę na tę listę, jakie indywidua byłyby dziś kompletnie wykluczone z życia publicznego. Jakież pół Polski, z pracownikami tabloidów i wielu mediów na czele.

„Kiedyś takie kwestie regulował kodeks Boziewicza, dzisiaj nie obowiązuje, zresztą dotyczył ludzi honorowych” – coraz częściej padają takie uwagi.

Tęsknota za powrotem etycznego porządku, zamiast miotania się w pseudoliberalnych względnościach i kompromisach, widoczna jest wyraźnie. Zmuszani do weryfikowania ustalonych od wieków zasad, musieliśmy ostatnio pożegnać się też z przekonaniem, że „kapitan zawsze schodzi ostatni”. Jak się okazało, już nie. Koszulki z dramatycznym wezwaniem do tchórzliwego kapitana statku „Costa Concordia”: *Vada a bordo!* (wracaj na pokład!) robią furorę wśród młodych, stając się symbolem powrotu do honorowych zasad postępowania, a jak napisał Eli Barbur na portalu Salon 24 „transparentne nawoływania z włoskich koszulek są jak najbardziej godne polecenia także dla surowych ludów północy”.

Powrót Kodeksu Boziewicza, choć przystosowany do naszych czasów i już bez strzelania i machania szablą, jak najbardziej wskazany.

Grażyna OGRODOWSKA

(przedruk z „Pro Medico” nr 2-3/12)

Wczasy w Egipcie

Szybka decyzja, pakowanie, auto, port lotniczy Wrocław - tu miłe zaskoczenie!!! Samolot opóźniony TYLKO 1,5 godziny.

Wreszcie samolot!!! Egipski przewoźnik zadbał o możliwość nawiązania bliskiego kontaktu między współpasażerami: 5cm od pasażera z przodu, 5cm od tych z tyłu - pełna integracja.

Część artystyczną zapewnili siedzący obok kibole „Cracovii”. Nie nachalnie trzeźwi i także pachnący zadbal, żeby nikt - od pierwszego do ostatniego miejsca - nie uronił nic z ich programu. Młodzi, zdrowi, choć nieco osłabieni, pięknie przyozdobieni wydzierganymi malunkami, elegancko wygolone czaszki. O szyjach nie wspomnę, bo nie dały się zauważyć. Nie obce im języki obce, szczególnie łacina. Choć to język martwy, jakoś bardzo żywo brzmiał w ich ustach. Stewardzi nieco przeszkadzali im w występie, co powodowało krótkie przerwy, ale nie miało to większego wpływu na całość doznań artystycznych.

Mniej więcej w połowie spektaklu nastąpiła półgodzinna przerwa, ale nawet wtedy artyści zadbal o publiczność. Pochrapując, z lekka bekając, dawali do zrozumienia, że są i tylko regenerują siły, by z pełną mocą przystąpić do drugiej części programu. Dzięki tym ambitnym artystom nie wiało nudą, jak to zwykle bywa w trakcie lotów. Nikt, nawet na chwilę, nie zdrzemnął się mimo panujących na zewnątrz „egipskich ciemności”.

Po niespełna 5 godzinach obniżenie lotu - nie żeby jakieś monotonne. Atrakcyjnymi skokami zbliżaliśmy się do celu. Po chwili koła dotknęły ziemi, ale tylko na chwilę. I tak parę razy. No tak, przecież Egipt to w przeważającej części pustynia, niekoniecznie o równej powierzchni. Jakież było nasze zaskoczenie, kiedy okazało się, że wylądowaliśmy jednak na betonowym pasie.

Już na ziemi!!! Chwilowy szok termiczny. Terminal. Uważne wpatrywanie się w leniwie przesuwającą się taśmę i... znów miłe zaskoczenie. Bagaze przyleciały z nami tym samym samolotem. I to wszystko!!!

Przemierzając Hurgadę z niepokojem obserwowaliśmy, jak kolejne grupki turystów wysiadały przed eleganckimi hotelami, usytuowanymi w znacznie mniej eleganckim otoczeniu. Zastanawialiśmy się, czy wokół coś się buduje, czy właśnie przed chwilą się zawaliło.

Jest – „Sunny Days el Palacio”! Ładny, zadbane, ładnych gruzowisk, śmietników. Jest dobrze. Niespełna 12 godzin i już na miejscu. Pieszko na pewno trwałoby to dłużej, a przez Morze Śródziemne bez akwalungu też niełatwo byłoby przejść. Przecież to Czerwone, a nie Śródziemne, rozstępuje się. I to nie przed każdym!

Nieśmiała sugestia rezydenta, że nie od rzeczy byłoby, gdyby w paszporcie zawieruszyło się 10 dolców. Recepcjoniście będzie miło, a my możemy uniknąć widoków,

które niekoniecznie musiałyby przypaść nam do gustu. Jeszcze tylko „one dolar” bagażowemu i już jesteśmy prawowitymi mieszkańcami „of Resort”.

Wkrótce okazało się, że „cennik” hotelowy nie jest zbyt zróżnicowany. Właściwie wszystko tu kosztuje „one dolar”. No może nie wszystko, ale nie miałem możliwości tego sprawdzić, ponieważ to, co mogłoby kosztować więcej niż „one dolar” zapewniała mi prawowita małżonka, całkiem gratis, pilnując skrzętnie, żeby wpływ waluty nie wpływał na odpływ chęci. Nie wszyscy faceci mieli tyle szczęścia. Kilka wizyt u tubylczych rękodzielników, sprzedających wyroby ze złota, srebra czy koralu, znacznie przekraczało sumę, którą trzeba by zapłacić za to, co mogłoby kosztować więcej niż „one dolar”.

Pokój przyzwoity, choć w nieco „wiktoriańskim” stylu. Klimatyzacja, tarasik, super widok na lagunę. Fakt, że „poszum” klimatyzatora przypominał „poszum” silników samolotu bezpośrednio przed startem. Szybki telefon do recepcji, wizyta egipskiego „inżyniera”, demontaż paneli pod sufitem, kilka fachowych ruchów, montaż paneli. „Is OK my friend”, „one dolar”, szeroki uśmiech i... po chwili „poszum” turbin śmigłowca. Nie chcąc ponownie fatygować „inżyniera” i tym samym sprawić mu przykrości, sam zdemontowałem panel, huknąłem piąchą w wirnik wiatraka. Efekt był natychmiastowy. Montaż panelu i już do końca pobytu rozkoszowaliśmy się chłodkiem oceanicznej bryzy, przy akompaniamencie dźwięków niczym szum wierzb, kołysanych mazurskim wiatrem. Przy okazji odkryłem w sobie inżynierski talent. Kto wie, kiedy może znów się przydać?

Krótką drzemka na leżaku przy lagunie i śniadanko. Co prawda ok. trzeciego roku życia przestałem jeść płatki zalewane mlekiem, a dżemiki i słodkie bułeczki przypominają mnie o dreszcze - i to wcale nie rozkoszy. Ale szybko odkryłem serki, warzywka, jajeczniki i już jest super.

Pomni przestróg przed „robactwem” wszelakim, podstępnie atakującym przewód pokarmowy i w konsekwencji powodującym szybki przepływ substancji pokarmowej, nie zawsze w jednym kierunku, od początku zastosowaliśmy zakrojone na szeroką skalę działania profilaktyczne. Przed i po każdym posiłku zażywaliśmy lek zakupiony na lotnisku w strefie bezcłowej, choć nie stroniłmy również od lokalnych specyfików o zbliżonym działaniu. W związku z powyższym, jeśli nawet jakaś bakteria, czy inne paskudztwo zagnieździło się w naszych przewodach pokarmowych, to nie były one w stanie zorientować się w jakim celu tam się znalazły. Profilaktyka przede wszystkim!!! U niektórych osób występowały sporadycznie efekty uboczne. Pewnie uczuleni na któryś ze składników?

Restauracje i posiłki w nich serwowane - na przyzwoitym poziomie. Całkiem niezły wybór potraw. Zdarzali się co prawda malkontenci, ale powinni przecież wziąć pod uwagę fakt, że nie w każdej restauracji na świecie serwowane jest „mięso z beczki”, ziemniaki w łupinach i kiszona kapusta. Czasem warto spróbować regionalnych specjałów. Ale to już jest ich problem.

Obsługa hotelowa miła, sympatyczna, profesjonalna. Może z wyjątkiem kilku barmanów, którym wyraźnie nie odpowiadała rola, którą pełnili. Sądzę, że była to reakcja obronna na niektórych naszych bukwojęzycznych pobratymców. Musi być męczące bezustanne nalewanie „*pjać rum – kolija*” i do tego „*do połna!*”. Znosili to jednak dzielnie, ponieważ 90% gości mówiło językiem zapisywanym cyrylicą, a ich mało salonowe zachowanie rekompensowane było, odwrotnie proporcjonalną do kultury, zawartością portfeli.

Położenie hotelu nie pozostawiało nic do życzenia. Zbudowany na dwóch sztucznych groblach wcinających się w morze, między nimi laguna, od strony lądu zamknięta bryłą głównego budynku hotelowego, od strony morza zaś małym portem. Basen z barem w wodzie, co miało istotne znaczenie dla preferujących kontakt z płynami, zarówno od wewnątrz, jak i od zewnątrz. Całości dopełniała hotelowa rafa koralowa przepelniona żyłkami o tak różnorodnych kształtach i w tak niesamowitych kolorach, że nie da się ich opisać słowami. To trzeba zobaczyć!!!

Na terenie hotelu rezydował Zibi - właściciel wielbłąda Oscara. Sympatyczny garbus nie stronił od trunków wszelakich, w czym niewiele różnił się od nas. Jedyna różnica polegała na tym, że on pił również wodę. Zibi szczycił się, że jest Koptą, a tym samym prawdziwym Egipcjaninem. Dodał, że jest chrześcijaninem. Zapytał mnie, czy mam dzieci. Kiedy potwierdziłem, że mam dwóch chłopców „zapiał” z zachwytem i stwierdził, że muszę być człowiekiem głęboko wierzącym, skoro Bóg dał mi dwóch synów. Jakież było jego zdziwienie, gdy powiedziałem mu, że u nas, w Europie, sami robimy sobie dzieci. Czyżby Egipcjanie byli tak leniwi, że nie chce im się nawet biodrami poruszać?

Jak już wcześniej wspomniałem „Sunny Days” w pełni sprostali naszym oczekiwaniom. Atrakcyjne położenie, niezłe jedzenie, możliwość uczestniczenia w zajęciach sportowych, tańcach, bardzo dobrzy animatorzy, siłownia, SPA, masaże, wieczorne spektakle w hotelowym amfiteatrze. Wszystko OK, ale my przyjechaliśmy przecież do Egiptu! Patrząc na znakomitą większość turystów hotelowych miałem jednak wrażenie, że gdyby ich uspić na kilka godzin, przewieźć do „Hotelu Gołębiowski” w Wiśle, w którym wcześniej wokół basenu ustawiono kilkanaście palm, w recepcji posadzono kilku śniadych facetów w galabijach, a na ścianach powieszono kilka zdań pisanych robaczkami - no jeszcze może z jeden, dwa wielbłądy - to po wybudzeniu pewnie

by się nie zorientowali, że już nie przebywają w Afryce. Może tylko ktoś zdziwiłby się, że temperatura spadła o jakieś 15–20 stopni Celsjusza, może ktoś zauważyłby brak ciepłego morza, ale tylko pod warunkiem, że nie byłby właśnie w trakcie stosowania intensywnych działań profilaktyczno-wlewnych.

Dlatego też trzeba by zastanowić się, czy nie warto czasem, choć na chwilkę, wyściubić nos poza bramę hotelu, wsiąść do samochodu ze zwariowanym taksówkarzem, który tak samo często używa pedału gazu i hamulca, jak klaksonu. Dla którego znaki drogowe, to tylko ozdobniki chodników i skrzyżowań. Powalęsać się po jaskrawo oświetlonych ulicach, spenetrować boczne zaułki, gdzie na zapleczach knajpek sprawia się ryby i owoce morza ku uciechu niezliczonej rzeszy bezdomnych kotów. Dyskretnie zerknąć do meczetu w trakcie modłów, wtopić się w tłum jednego z bazarów. Wciągnąć w nozdrza zapach setek przypraw, zaciągnąć się owocowym aromatem sziszy. Zajrzeć na miejską plażę, żeby popatrzeć na kąpiące się, poubierane od stóp do głów Egipcjanki. Spróbować świeżą rybę pieczoną na ruszcie i popić ją Heinekenem spod lady. Naprawdę warto!!! Choćby po to, żeby odpocząć od monotonnego „*dawaj, pijać rum-kolija*”.

Przebywając w Egipcie nie można odmówić sobie bliższego kontaktu z jego niezliczoną ilością zabytków. Ponoć ponad 80% zabytków kultury starożytnej znajduje się właśnie w Egipcie. Pięć tysięcy lat - robi wrażenie!!! Nie będę opisywał poszczególnych cudów architektury. Lepiej i bardziej profesjonalnie zrobili to już historycy sztuki w nieprzebranej ilości publikacji mniej lub bardziej naukowych. Powiem tylko, że kto nie był w Leksorze, nie oglądał świątyń Karnaku, monumentalnych Kolosów Memnona, nie wspiął się na tarasy Świątyni Hatszepsut, czy nie zagłębił się w tunele komór grobowych w Dolinie Królów jest uboższy o wiele doznań, o które żał się nie otrzeć. Swoją drogą podziwiam prof. Michałowskiego. Jak wytrzymał 40 lat grzebiąc w piachu, kując skałę i wszystko to w 50 stopniowym upale? My już po kilku godzinach mieliśmy wrażenie, że połowa wody z naszych organizmów spłynęła do butów, a druga połowa poszła w parę. Jesteśmy żywym przykładem, jak ekstremalne warunki mogą upodlić człowieka. Piliśmy wodę, jak zwierzęta. Na szczęście w perspektywie mieliśmy powrót do hotelu, gdzie mieliśmy możliwość uzupełnienia życiodajnych płynów bardziej godnych niż, za przeproszeniem, woda. Co też niezwłocznie po przybyciu uczyniliśmy, ratując się tym samym od totalnego odwodnienia.

Skorzystaliśmy również z atrakcji „Safari – Discovery”. Przejazd jeepami po pustynnych „bezdrożach” do wioski beduińskiej, w której dosiedliśmy garbate „okręty pustyni”, popaliliśmy fajkę wodną, spróbaliśmy lokalnego specjału – placka z maki i wody pieczonego na blasze, pod którą hulał płomień podsycany wielbłądzimi

odchodami, a który smakował mniej więcej, jak dykta i takiej też był konsystencji. Zwiedziliśmy mini „Zoo”, w którym zwierzęta przetrzymywane są w tak fatalnych warunkach, że Sanepid w każdym cywilizowanym kraju zamknąłby ten przybytek w trzy minuty. Obróńcy praw zwierząt też mają to w, powiedzmy, głębokim poważaniu. Miejsce mało spektakularne, a i przykuć się nie ma do czego - bo drzew ani na lekarstwo. A'propos lekarstw. W wiosce jest apteka, w której można nabyć lokalne leki, głównie roślinne, działające na wszelkie dolegliwości. Od odcisków począwszy, aż do przypadłości związanej ze zbyt małym powiększaniem się pewnej części organizmu - i nie chodzi tu o żrenicę. W dalszej części

programu kilkugodzinne przejazdy autami terenowymi i quadami. Oba pojazdy przystosowane do obsługi przez średnio rozwiniętego sześciolatka. Manetka lub pedał gazu i hamulec. Dało się te czynności opanować. Wieczorne występy tancerki, taniec derwisza i niesamowite wyczyny zaklinacza węży z pięcioma kobrai dopełniły całości. Jeszcze smaczny posiłek z grilla i powrót jeepami do hotelu. Mimo całej komercyjności i wrażenia pustynnego Disneylandu, imprezę uważam za bardzo udaną i godną polecenia.

Reasumując - superowo spędziliśmy te piętnaście egipskich dni.

Janusz LEWANDOWSKI

Szczera troska – chyba nieco spóźniona

Od pewnego czasu można sobie poczytać w Internecie i prasie szczere wypowiedzi tzw. uczciwych naukowców na temat ewidentnego niedokształcenia ludzi młodych, którzy po ukończeniu studiów, mimo uzyskania stosownego *cenżusu*, jakoś nie mogą znaleźć pracy. Zderzenie z trudną rzeczywistością jest bolesne, zwłaszcza gdy nagle okazuje się, iż dyplom to jedynie papier, który nie stanowi żadnej gwarancji zatrudnienia w wyuczonym zawodzie. Zresztą z tym „wyuczeniem”, czyli przyswojeniem stosownej wiedzy, też bywa różnie – często dość marnie.

Zdaniem niektórych dyskutantów, konsekwencje tego stanu rzeczy ponoszą głównie ci młodzi-naiwni, którzy „pchają się” na studia i po ich ukończeniu sądzą, że są doskonale wykształceni, a przecież wcale tak nie jest. Natomiast winni, choć bezkarni, są pedagodzy, już od szkoły średniej nie dość rzetelnie czy nieumiejętnie przekazujący wiedzę; także na wyższych uczelniach ułomna dydaktyka i zbyt liberalne przepisy, umożliwiają pozorowanie nauczania. I nikt tego nie dostrzega, nie zapobiega konsekwencjom? Powstaje pytanie, skąd się biorą tak wadliwie konstruowane programy, fatalne zarządzenia i zbyt liberalne prawa, a zwłaszcza – kto je tworzy oraz zatwierdza? Czy powinniśmy przyjąć, że „to się robi samo” – jakby bez udziału projektodawców i ustawodawców – podobnie, jak niby „sama z siebie” powstaje taka polityka, od której w Polsce jest coraz gorzej?

Ostatecznie utwierdzamy się w przekonaniu, iż logiczne myślenie i sensowne planowanie właściwie nie ma tu żadnej przyszłości, a my, zwykli obywatele, nie posiadamy wpływu na to, w jakim zakresie i jakimi metodami będzie kształcone nasze potomstwo, które i tak ma zasilic rzeszę bezrobotnych. Warto się więc zastanowić, po co powstają przeróżne gremia, komisje, w jakim celu tworzone są rady naukowe i gospodarcze, złożone z wielu wybitnych specjalistów, skoro ich debaty okazują się nieskuteczne, a plany już w samym założeniu wadliwe. Nie tylko bowiem nic na lepsze się nie zmienia,

ale wręcz przeciwnie – z czasem coraz wyraźniej widać, ile popełniono błędów, niekiedy już nie do naprawienia. Przykłady można mnożyć, lecz nie o to chodzi. Najważniejsze, aby na tę patologię szybko znaleźć skuteczne remedium, każda zwłoka bowiem działa na naszą niekorzyść.

Świat nam ucieka!

Problem ten ostatnio poruszył prof. **Jan Stanek** z Instytutu Fizyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, który w swym liście otwartym, opublikowanym na łamach „GW” 29 kwietnia br., a skierowanym do młodych, wykształconych bezrobotnych, pisze:

„[...] Ten list – przejaw mojej troski o Was – jest wynikiem toczącej się dyskusji o polskim systemie kształcenia. Czuję się w obowiązku zwierzyć się Wam z bardzo przykrej tajemnicy. Nie jesteście [...] dobrze wykształceni, a jedynie tak Wam się wydaje. Zostaliście oszukani najpierw przez nauczycieli, a potem przez wykładowców. To oni, a przynajmniej wielu z nich, bezpodstawnie wypisali Wam świadectwa, zaliczyli egzaminy i wydali dyplomy – czasami nawet po kilka. Następnie chcący Wam się przypodobać politycy wmówili Wam i Waszym rodzicom, że dyplom jest tożsamy z posiadaniem wiedzy i umiejętności. Dlaczego tak się stało? Otóż pracownicy dydaktyczni są płaćeni od liczby wydanych dyplomów, a nie od jakości przekazanej wiedzy. Mało tego, rzetelne wypełnianie obowiązków dydaktycznych nieuchronnie prowadzi do zawodowej klęski. Ocenia się, że na uniwersytecie pracownicy naukowo-dydaktyczni powinni 70 proc. czasu poświęcać dydaktyce. Jednak awans zawodowy zależy wyłącznie od osiągnięć naukowych, mierzonych liczbą publikacji [...] Dydaktyka, zwłaszcza w naukach matematyczno-przyrodniczych, jest w kryzysie.”

Tydzień wcześniej **Andrzej Klesyk** – prezes PZU SA (firmy będącej jednym z największych polskich pracodawców, zatrudniającym około 12 tys. osób), również na łamach „GW”, oskarżył polskie uczelnie o to, że są

„fabrykami bezrobotnych”, z czym zgodzili się też inni pracodawcy. „[...] Co dziesiąty polski bezrobotny ma wyższe wykształcenie. Uczelnie pakują do głów studentów masę informacji, za to nie uczą ich kreatywności i samodzielnego, nieschematycznego myślenia [...] Świat nam ucieka, ponieważ wyścig, w którym dzisiaj bierzemy udział, nie jest wyścigiem o dostęp do wiedzy [...] Wiedza jest dziś powszechnie dostępna. Na świecie trwa wyścig o talenty, które potrafią tę wiedzę wykorzystać i zagospodarować. Trzeba je wylawiać, wzmacniać i promować [...]” – napisał prezes Klesyk, wywołując tym wielką dyskusję pod hasłem „Świat nam ucieka!”

Szukanie winnego...

Swoje uwagi do listu prof. Stanka opublikował m.in. dr hab. inż. **Krzysztof Matkowski**, pracownik naukowy Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu:

„Szanowni absolwenci szkół wyższych [...] Nie wiem, przez kogo zostaliście oszukani i czy nadal będziecie zwodzeni jakością kształcenia. Może winne po trosze są uniwersytety, może ludzie kształtujący, w politycznym aspekcie, ustrój szkolnictwa wyższego, może ja, bo byłem w wymaganiach zbyt liberalny. Szukanie winnego nie ma sensu. Kara nic nie zmieni. Popatrzmy za to wstecz. Najpierw zmieniono system szkolnictwa podstawowego i średniego. Powiedziano Wam – nie traćcie czasu na zdobywanie zawodu. Liczy się tylko wykształcenie ogólne [...] Wielokrotnie w prasie wspomniano, że po 20 latach przemian edukacyjnych zaczęliśmy kształcić na poziomie wyższym około 50 proc. absolwentów szkół średnich, mających świadectwo dojrzałości. Dwadzieścia lat wstecz było to 8 proc. Pewnie, że za mało, i warto było to zmienić. Czy opłacało się jednak zmuszać uczelnie do przyjmowania na studia wszystkich chętnych, poprzez system dotacji ‘od głowy’? [...] Co mają zrobić absolwenci o umysłach przystosowanych do nauki na wysokim poziomie. Nic nie muszą robić, oni nie są bezrobotni. Jeśli Ministerstwo Edukacji się wysili i policzy, jaki odsetek kończących studia nie ma pracy, okaże się, że jest ich około 60–70 proc. Diagnoza, co dalej, jest prosta. Sito edukacyjne na poziomie wyższym musi być szczelniejsze. Nie szafujmy procentami.”

Prof. **Ewa Nawrocka** z Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Gdańskiego, której sfilmowane wystąpienie na uczelnianej konferencji pn. „Wściekłość i oburzenie” (17–18 kwietnia br.) zrobiło furorę w sieci, mówi wprost: „Wszyscy jesteśmy przestępcami”. Ta wypowiedź to reakcja na nikły odzew pracowników UG na jej próby walki o poprawienie sytuacji na uczelni. Jej zdaniem szczególnie na polonistycę, gdzie wykłada, widać degradację polskiego systemu edukacji wszystkich szcze-

bli, gdyż – jak mówi: „[...] Dostajemy koszmarne słabych absolwentów szkół średnich. To są ludzie, którym zrobiono krzywdę, napakowano jakąś absurdalną ‘wiedzę’, tak podaną, by mogli z małpią zręcznością rozwiązywać testy [...] Twórczo korzystać z tego nie potrafią, wystarczy porozmawiać: nie kojarzą faktów, nie rozumieją uwarunkowań [...] Na uniwersytecie wykładowcy mają poczucie frustracji, bo trudno prowadzić zajęcia z nieprzygotowanymi intelektualnie studentami. Pozbyć się tych gorszych z uczelni? Pracownicy naukowcy wolą ich przepychać dalej, bowiem zmniejszenie liczby studentów oznaczałoby redukcję uniwersyteckich etatów. Studentom chodzi o zdobycie ‘papieru’, wykładowcom – o utrzymanie etatów [...]”

Dlaczego dopiero teraz?

Na internetowym forum wypowiadają się także inni (nie wyłącznie profesorowie), którzy doceniają sytuację i wagę problemu. Oto fragmenty wpisu uczestniczącego w dyskusji pracownika naukowego Politechniki Śląskiej – **Mirosława Chmiela**: „Niestety, profesor Jan Stanek napisał świętą prawdę! Tylko dlaczego tak późno? To się nie stało dzisiaj ani nawet wczoraj. Proces, który doprowadził do sytuacji całkowicie patologicznej, rozpoczął się dawno, dawno temu, przynajmniej około 20 lat temu. Uprawiamy pseudo-naukę, pseudo-dydaktykę i pseudo-administrację [...]”

Na zakończenie jeszcze kilka pytań i wniosków. Czy nie jest zastanawiające, dlaczego dopiero obecnie, po tylu latach błędzenia i milczenia, podnosi się larum? Z jakiego powodu aż tak długo czekano z wyjawieniem gorzkiej prawdy? Przecież wypowiedzi i przestrogi osób, które nie od dziś widzą i wiedzą, co się dzieje, powinny być już dawno znane szerszemu ogółowi. Dlaczego zatem zwlekano aż do teraz? Może ktoś odpowie na te pytania?

Wprawdzie niniejsza dyskusja toczy się głównie na uczelniach niemedycznych, jednak przywołuję ją dlatego, że problem jest ważny, a sytuacja szczególnie trudna. Zapewne również przydałoby się uważnie przyjrzeć temu, co się dzieje w medycynie uniwersyteckiej. Chyba warto obiektywnie ocenić projekty zmian w programach kształcenia przyszłych lekarzy i zastanowić się, czy pozbawianie studiów medycznych pewnych, dotychczas istotnych elementów oraz nadmierne upraszczanie procedur nie stanowi zagrożenia dla nas wszystkich.

Barbara SZEFFER-MARCINKOWSKA
tel. 42 686 28 10, e-mail: bsm3@tlen.pl

Łódź, 8 maja 2012 r.

(przedruk z „Panaceum” nr 6/12)



III Forum Marketingu i PR w Ochronie Zdrowia jest jednym z najważniejszych spotkań poświęconych zagadnieniom komunikacji w medycynie – z pacjentem, otoczeniem zewnętrznym, mediami. Kolejna edycja Forum odbędzie się w dniach 20–21 września 2012 r. w Warszawie. Omówione zostaną m.in. zagadnienia kształtowania dobrych relacji na linii lekarz – pacjent oraz personel rejestracyjny – pacjent, tematyka psychologicznych aspektów obsługi pacjenta, wypalenia zawodowego oraz motywacji w pracy, tworzenia wizerunku oraz pozycjonowania placówki w Internecie. Nie zabraknie również najświeższych informacji z dziedziny Zdrowia2.0 oraz budowania kultury organizacyjnej nastawionej na jakość opieki nad chorym.

Swoimi poglądami i wiedzą podzielą się eksperci PR i marketingu medycznego, lekarze, psychologowie i socjologowie, specjaliści ds. komunikacji oraz wizerunku. Celem Forum jest dostarczenie unikalnej wiedzy, niezbędnej w sprawnym funkcjonowaniu gabinetów lekarskich, przychodni oraz szpitali, a także w tworzeniu przewagi konkurencyjnej.

Do udziału zapraszamy lekarzy, dyrektorów placówek medycznych, pracowników działów administracyjnych realizujących zadania z dziedziny marketingu medycznego, rzeczników prasowych.

Termin: 20–21 września 2012 r.

Miejsce: Warszawa, Centrum Zielna

Organizatorzy: Akademia „Menedżera Zdrowia”, czasopismo Menedżer Zdrowia, wydawnictwo Termedia

Partner: Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia

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

* * *



Konferencja **Aktualne Rekomendacje Leczenia Zaburzeń Lipidowych**, która odbędzie się 7-8 września 2012 r. w Warszawie jest już drugim spotkaniem **Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego** (*Polish Lipid Association* - PoLA). Do grona wykładowców zaproszono wybitnych specjalistów nie tylko z kraju, ale też i z zagranicy. Z pewnością jak zwykle nie zabraknie tematów trudnych i kontrowersyjnych. W trakcie konferencji zaplanowano m.in. sesje przygotowane przez czołowe towarzystwa naukowe takie jak: *Polskie Towarzystwo badań nad Miażdżycą* i *Polskie Towarzystwo Diabetologiczne*.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego jest prof. nadzw. dr hab. Maciej Banach. Wśród zagranicznych wykładowców pojawią się m.in.: prof. Dimitri P. Mikhailidis, Stephen Nicholls, Peter P. Toth oraz Prof. Manfredi Rizzo.

Inicjator konferencji **Polskie Towarzystwo Lipidologiczne** (*Polish Lipid Association* - PoLA) jest afiliowanym partnerem amerykańskiego towarzystwa *National Lipid Association* (NLA) i działa z nim w ścisłej współpracy. Jego celem jest zwiększenie świadomości lekarzy co do skali problemu zaburzeń lipidowych oraz dostarczanie wiedzy na temat postępowania w tej grupie chorych. **Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 7-8 września 2012 r.

Miejsce: WARSZAWA

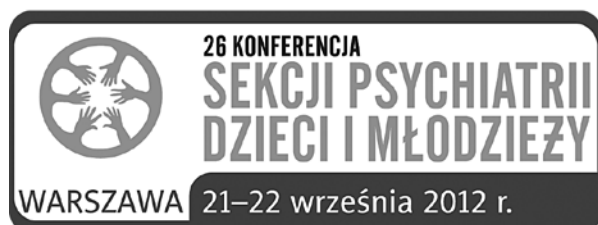
Kierownik naukowy: prof. nadzw. dr hab. Maciej Banach

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Oddział Łódzki Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, wydawnictwo Termedia

Konferencja pod patronatem National Lipid Association

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

* * *



Czy współczesne metody psycho- i farmakoterapeutyczne mogą poprawiać nasze umiejętności społeczne? – to fascynujące pytanie, na które wciąż nie znamy odpowiedzi. Podobnie nie jest jasne, czy eksperymentalne metody terapeutyczne, takie jak komputerowa nauka rozpoznawania emocji czy podawanie substancji o działaniu prospołecznym, np. oksytocyny, znajdują swoje miejsce w terapii psychiatrycznej. Te, a także inne interesujące zagadnienia będą omawiane w trakcie **XXVI Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. *Poznanie i funkcjonowanie społeczne u osób młodych*** – to główne hasło tego wydarzenia, które odbędzie się 21-22 września w Warszawie. Kierownikiem naukowym konferencji jest dr hab. n. med. Filip Rybakowski.

Termin: 21-22 września 2012 r.

Miejsce: Warszawa

Organizatorzy: Sekcja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Fundacja Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży *Przejście*, wydawnictwo *Termedia*

Kierownik naukowy: dr hab. n. med. Filip Rybakowski

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

* * *



XIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych odbędzie się w dniach 27-29 września we Wrocławiu, w pięknie zmodernizowanym Regionalnym Centrum Turystyki Biznesowej przy Hali Stulecia. Podczas uroczystego otwarcia zostaną ogłoszone wyniki konkursu im. Józefa Kostrzewskiego organizowanego przez Zarząd Główny PTEiLChZ.

Zaproszenie do aktywnego udziału w Zjeździe przyjęli wybitni klinicyści i naukowcy zajmujący się problematyką chorób zakaźnych, epidemiologii i immunologii z Polski i z zagranicy. Tematykę Zjazdu wzbogacą sesje plakatowe i sesje sponsorowane przez przemysł farmaceutyczny, a najlepsze prace z okresu od ostatniego Zjazdu zostaną nagrodzone.

Podczas Zjazdu odbędzie się także Walne Zebranie Delegatów Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz wybory nowych władz. Kierownikiem Naukowym konferencji jest prof. dr hab. Krzysztof Simon.

Termin: 27-29 września 2012 r.

Miejsce: Wrocław, Regionalne Centrum Turystyki Biznesowej Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Krzysztof Simon

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

* * *

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszamy na **XVII Jasnogórską Konferencję Naukowo-Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze” Cecyli Saunders** - ro-

la interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej, która odbędzie się w dniach 24 – 27 stycznia 2013 r. na Jasnej Górze w Częstochowie. Konferencja połączona będzie z rozpoczęciem obchodów XX-lecia działalności Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej.

W programie:

- Sesje warsztatowe w dniu 24.01.2013 r.,
- Sesje plenarne w dniach 25 -27.01.2013 r.
- Zwiedzanie Jasnej Góry,
- Spektakl teatralny,
- Pielgrzymka Hospicjów Polskich w dniu 27.01.2013 r.

Termin zgłaszania uczestnictwa oraz wniesienia opłaty konferencyjnej: do 15 stycznia 2013r. Rejestracja uczestników odbywać się będzie po wypełnieniu karty zgłoszenia uczestnictwa na stronie internetowej (www.hospicjum-czestochowa.pl) lub odsyłając kartę zgłoszenia na adres e-mailowy: konferencja.czestochowa@wp.pl, lub pocztą na adres: Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej ul. Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa.

Opłaty Konferencyjne:

- 390 PLN – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry.
- 340 PLN (dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej) – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry.
- 200 PLN – opłata obejmuje: udział w sesjach plenarnych i sesjach warsztatowych, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa, przerwy kawowe zgodne z programem.

Opłaty nie obejmują zakwaterowania.

Biuro Organizatora: Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, 42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a, tel. 34/360-54-91, tel. 34/360-55-37, tel. kom. Aneta Długosz – 514-600-204, Izabela Kaptacz – 501-046-654, [www: hospicjum-czestochowa.pl](http://www.hospicjum-czestochowa.pl) e-mail: hospicjum.czestochowa@wp.pl, konferencja.czestochowa@wp.pl.

* * *

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy tym razem pod hasłem „*Fotografia z odrobiną humoru...*” - realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Wernisaż wystawy planujemy na 21 października 2012 r. (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 26 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 8 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt: Iwona Szelera, Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 42/683-17-01.

* * *

Tygodniowe szkolenie żeglarskie dla lekarzy i ich rodzin w drugiej połowie września i października (najtańsze czartery) w Chorwacji.

1. Jacht - ok. 200 Euro od osoby

2. Inne opłaty:

- ubezpieczenie, sprzątanie itp. - ok. 40 Euro od osoby,
- opłata instruktora - ok. 100 Euro od osoby,
- pozostałe koszty (paliwo, postoje itp.) - ok. 30 Euro od osoby; razem koszty na osobę - ok. 370 Euro pod warunkiem, że szkoli się na jednym jachcie 7-9 osób (przy mniejszej ilości osób koszty rosną proporcjonalnie).

3. Wyżywienie i transport pokrywają uczestnicy indywidualnie.

Organizator: Odisej Yachting, Sibenik, Marina Mandalina, (Pan Marek Stryjecki), tel. (Polska +48 601-247-889, Chorwacja 385-918-821-657), e-mail: info@odisej-yachting.com. Instruktor: Ziemowit Barański j. kpt. ż. w. instruktor-wykładowca, tel. +48 784-449-116.

Osoby przystępujące do egzaminu powinny mieć staż 200 godzin w dwu rejsach (wystawiona opinia przez kapitana). Podczas kursu możliwe jest uzupełnienie stażu ok. 40 godzin.

* * *

SZLACHETNA PACZKA 2012 zaczyna się już dziś! W 430 miejscowościach w całej Polsce, w tym w 15 w województwie opolskim, poszukiwane są osoby, które chcą skompletować drużynę do mądrego i skutecznego pomagania potrzebującym.

Żeby przed Świętami Bożego Narodzenia dotrzeć z pomocą do najbardziej potrzebujących, już teraz poszukiwani są LIDERZY SZLACHETNEJ PACZKI: - *Szukamy ludzi odpowiedzialnych, pragnących pomagać i realnie zmieniać swoje otoczenie, takich, którzy potrafią pracować w grupie i koordynować pracę innych osób* - mówi ks. Jacek WIOSNA Stryczek, pomysłodawca SZLACHETNEJ PACZKI.

Co robi lider?

Lider SZLACHETNEJ PACZKI zbiera zespół wolontariuszy, organizuje projekt w swojej miejscowości, dba o jak najlepszą pomoc i zaplecze logistyczne akcji. Dzięki jego zaangażowaniu idea mądrej pomocy łączy tysiące osób: wolontariuszy, rodziny w potrzebie i darczyńców, którzy przygotowują paczki dla nieznajomych. Ubogie rodziny otrzymują pomoc i inspirację do walki z biedą, a wolontariusze uczą się wrażliwości i doświadczają radości pomagania.

Jak się zgłosić?

Na stronie www.superw.pl chętni by organizować SZLACHETNĄ PACZKĘ w swoim mieście mogą zgłosić się i wziąć udział w rekrutacji liderów. Na zgłoszenia czekamy do 15 czerwca.

SZLACHETNA PACZKA

To już dwunasta edycja projektu, który każdego roku angażuje setki tysięcy ludzi, którzy chcą realnie pomagać rodzinom żyjącym w biedzie. Tylko w 2011 roku SZLACHETNA PACZKA pomogła 12

tysiącom potrzebujących rodzin, a w przygotowanie pomocy zaangażowało się 7200 wolontariuszy i 150 tysięcy darczyńców.

W projekcie udział wzięli m. in. Para Prezydencka Bronisław i Anna Komorowscy, Jerzy Dudek, reprezentacja Polski w siatkówce, piłkarze ręczni wraz z trenerem Bogdanem Wentą. Wartość przekazanej pomocy przekroczyła 18 mln złotych.

Olga KOTUS

* * *

Duża Praxisklinik w Zagłębiu Ruhry (Praxisklinik Sworszt, Cranegr Str. 276, 45891 Gelsenkirchen, Niemcy) poszukuje lekarza ogólnego z możliwością wieloletniego doksztalcania i późniejszego przejścia ośrodka.

* * *

Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii, tel. 77/541-42-43.

* * *

Poszukuję do współpracy lekarza stomatologa (kobieta lub mężczyzna) w gabinecie stomatologicznym, mieszczącym się poza miastem (6 km od centrum), o dużej bazie pacjentów. Warunki współpracy do uzgodnienia. Tel. kontaktowy 784-075-612 (po godz. 20.00).

* * *

Sprzedam gabinet stomatologiczny wraz z zapleczem (17m² i 25m²), razem lub oddzielnie, na terenie przychodni w centrum Nysy koło szpitala. Tel. kontaktowy: 534-168-305 lub SMS na numer 696-462-555.

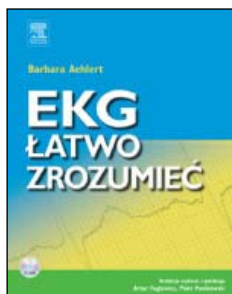
BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; 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—11 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl;
tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com



EKG łatwo zrozumieć

wyd. I polskie, red. A. Fuglewicz,
P. Ponikowski

ISBN: 978-83-7609-381-9, format:
216x276, opr. broszurowa, 348 stron,
cena det.: 114.00 zł, twoja cena: 102.60
zł (228 ELS pkt.)

Publikacja skierowana do studentów pielęgniarstwa, medycyny, ratowników medycznych, techników EKG, pielęgniarek i pracowników służby zdrowia, którzy chcieliby opanować umiejętność podstawowego rozpoznawania zapisu EKG. Informacje zawarte w tym podręczniku koncentrują się na podstawach niezbędnych do interpretacji EKG i zrozumienia jego znaczenia. każdy rytm serca w zapisie EKG jest opisany i opatrzony przykładowym elektrokardiogramem. Omówione są również symboliczne symptomy i oznaki występujące u pacjenta, a związane z danym rytmem serca, a także zalecane leczenie. Na końcu każdego rozdziału dołączono dodatkowe przykłady elektrokardiogramów do samodzielnej nauki. W książce znalazły się również rozdziały dotyczące niezbędnych podstaw elektrofizjologii i stymulacji serca.

* * *



Kardiologia interwencyjna. Seria Przypadki Kliniczne

M. Ragosta, wyd. I polskie, red. J. Kochman

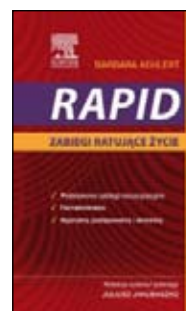
ISBN: 978-83-7609-651-3, format:
140x204, opr. twarda, 326 stron, ce-
na det.: 162.00 zł, twoja cena: 145.80
zł (324 ELS pkt.)

Książka, którą dostajecie Państwo do rąk, zasługuje na uwagę, ponieważ jest to pierwsza taka monografia na naszym rynku wydawniczym. W odróżnieniu od większości pozycji, nie jest klasycznym podręcznikiem, omawiającym bardzo szczegółowo wszystkie aspekty kardiologii interwencyjnej, poczynając od rysu historycznego, przez patofizjologię miażdżycy, a na interwencjach wieńcowych z korzystaniem najnowszych generacji protez wewnątrz naczyniowych kończąc. W swoim założeniu jest niesłychanie praktyczna i koncentruje się na dokładnym omówieniu i przedstawieniu strategii zabiegów, obejmujący cały zakres interwencji sercowo-naczyniowych. Ten właśnie praktyczny aspekt stanowi o jej wyjątkowości, pozwalając na zaprezentowanie podstawowych, ogólnie obowiązujących zasad, które powinien znać każdy kardiolog interwencyjny, a które mimo nieustannego rozwoju i wprowadzania coraz to nowszych rozwiązań technologicznych długo jeszcze nie będą tracić na znaczeniu.

Warto również zwrócić uwagę na rozdziały poświęcone powikłaniom zabiegów, które bywają czasami trak-

towane dość pobieżnie, a tutaj zajmują blisko 1/3 objętości całej książki. Świadczy to o wadze, jaką autor przypisuje konieczności posiadania szerokiej wiedzy o występowaniu, czynnikach ryzyka, rozpoznawaniu i leczeniu najczęściej występujących powikłań związanych z interwencjami przezskórnymi.

* * *



RAPID Zabiegi ratujące życie

B. Aehlert, wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko

ISBN: 978-83-7609-633-9, format:
840x139, opr. broszurowa (spiralą), 100
stron, cena detaliczna: 62.00 zł, twoja
cena: 49.60 zł (124 ELS pkt.)

RAPID. Zabiegi ratujące życie to zbiór precyzyjnie opracowanych algorytmów postępowania ratunkowego w ostrych zagrożeniach sercowo-naczyniowych, które są oparte na najnowszych zaleceniach międzynarodowych z 2010 roku. Książka skierowana jest przede wszystkim do lekarzy zespołów ratownictwa medycznego, lekarzy pracujących na oddziałach ratunkowych i intensywnej terapii.

- Podstawowe zabiegi resuscytacyjne
- Farmakoterapia
- Algorytmy postępowania i akronimy

Z przedmowy do wydania polskiego



wyłączny
autoryzowany
dystybutor
sprzętu medycznego



GE Healthcare



Dyrektor Handlowy



Kazimierz Polarczyk
+48 609 333 288



Ultrasonografy & Echokardiografy



Mariusz Piątek
+48 665 993 400



Aleksander Kondera
+48 693 818 040



Tomasz Zymek
+48 697 333 117



Radiologia



Roman Spachowski
+48 503 018 081



Artur Elias
+48 512 430 404



Serwis i Densytometria



Marcin Brzeziński
+48 605 993 400



Arkadiusz Orlak
+48 605 993 450



**Wiosenna
Rewolucja Cenowa
GE Healthcare**

INFOLINIA

+48 32 251 18 35
+48 609 333 288



ul. Sowińskiego 50
40-018 Katowice

sprzedaz@gemed.info.pl



www.gemed.pl