

# PRAKTYKA LEKARSKA

Miesięcznik dla lekarzy i menedżerów POZ

lipiec 2012 (85) cena 7,60 zł w tym 5% VAT

## W NUMERZE

### W WARSZAWIE NIE MA MEDYCZYNY RODZINNEJ

Lekarze rodzinni w stolicy, zamiast prowadzić własne praktyki, zatrudniają się w dużych przychodniach. *strona 4*

### OPÓŹNIENIA W DOSTOSOWANIU BEZ KONSEKWENCJI

Eksperti nie zostawiają na nowej ustawie o działalności leczniczej suchej nitki, traktując ją jako źródło kolejnych obowiązków i wynikających z nich dodatkowych kosztów dostosowania się do przepisów. *strona 6*

### PO PROTEŚCIE LEKARZE I PACJENCI RAZEM

Do tej pory lekarze i ich pacjenci, mimo że mieli wspólne interesy, nie mówili jednym głosem. To ma się wkrótce zmienić, bo obie te grupy zamierzają połączyć swoje siły w walce przeciw ustawie refundacyjnej. *strona 9*

### LEKARZ ŹRÓDŁEM INFORMACJI DLA PACJENTA

IV Kongres Medycyny Rodzinnej zmienił się m.in. z tematem obowiązków lekarzy POZ, które wynikają z coraz częstszych zagranicznych wyjazdów pacjentów. *strona 12*

### TEMAT MIESIĄCA ANTYBIOTYKOTERAPIA

#### Antybiotykoterapia w pediatrii – współczesne problemy, przed którymi staje lekarz

Lekarze w swojej codziennej pracy w podstawowej opiece zdrowotnej stają przed dylematem, czy powinienem wypisać antybiotyki, czy nie? *strony 13-15*

### ROZMOWA NUMERU

Rozmowa z prof. dr hab. Stanisławą Tylewską-Wierzbanowską, specjalistką z mikrobiologii medycznej. **Borelioza sprawa trudności diagnostyczne** *strona 22*

## Minister Arłukowicz zapowiada rewolucję w NFZ

Wybór nowego prezesa funduszu ma być tylko wstępem do większych zmian w funkcjonowaniu tej instytucji. Jednak środowisko lekarskie wątpi, czy za szumnie zapowiadany zmianami pójdą realne działania.

Jako przyczynę odwołania Jacka Paszkiewicza Ministerstwo Zdrowia podaje zmianę koncepcji funkcjonowania NFZ, do jakiej od dawna przygotowuje się resort zdrowia. Już w lutym na krajowym zjeździe lekarzy Bartosz Arłukowicz przedstawił delegatom swoje propozycje. Minister zamierza zerwać z dotychczasowym sposobem funkcjonowania funduszu: jak podkreśla, są to zmiany, o które lekarze apelowali od lat.

Jednym z głównych celów, jakie postawił przed sobą minister jest osłabienie centrali funduszu na rzecz oddziałów wojewódzkich. Ma to być wstęp do zneutralizowania hegemonistycznej pozycji NFZ oraz wprowadzenie mechanizmu konkurencji, który teraz praktycznie nie funkcjonuje. Przedstawiciele



**Bartosz Arłukowicz planuje wprowadzić w życie komputerowy system komunikacji między lekarzami rodzinnymi a specjalistami**

Porozumienia Zielonogórskiego zwracają uwagę, że kasy chorych zlikwidowane

dziesięć lat temu mogłyby być wzorem autonomicznego działania oddziałów.

– Poprzednia struktura organizacyjna z kasami chorych była właśnie zdecentralizowana, co dobrze wpływało na działanie całego systemu. Dyrektorzy poszczególnych kas znali doskonale swój region i jego potrzeby, a lekarze mieli ułatwiony kontakt z władzami, które zresztą posiadały także więcej uprawnień. Do tego modelu warto wrócić – mówi Jacek Krajewski, prezes PZ. Jednak zdaniem części lekarzy przekazanie wszystkich uprawnień do oddziałów wojewódzkich nie jest dobrym rozwiązaniem.

– Decentralizacja jest potrzebna, ale w ograniczonym zakresie. Muszą istnieć pewne ogólne standardy, obowiązujące w każdym regionie.

*Czytaj str. 10*

## Agnieszka Pachciarz nowym prezesem

**Dotychczasowa wiceminister zdrowia pokonała aż 14 konkurentów, w tym Konstantego Radziwiła – wiceprezesa NRL, a także Jakuba Szulca, wiceministra zdrowia, wieloletniego pracownika resortu.**

Agnieszka Pachciarz z wykształcenia jest radcą prawnym. Karierę zawodową w systemie ochrony zdrowia zaczynała jako dyrektorka dwóch wielkopolskich szpitali.

Na koncie ma już kilka sukcesów – pod jej kierownictwem spółka szpitalna w Pleszewie zdobyła pierwsze miejsce w rankingu najlepszych szpitali niepublicznych w Polsce i tytuł najlepszego szpitala w województwie wielkopolskim. Teraz przyjdzie się jej zmierzyć z zadaniem kierowania instytucją z wielomiliardowym budżetem. Niektórzy lekarze zarzucają Agnieszce Pachciarz brak medycznego kształ-

cenia, ale zdaniem większości środowiska dyplom lekarza nie powinien być najważniejszym kryterium.

– Prezes Miller nie był w przeciwieństwie do Jacka Paszkiewicza lekarzem, a mimo to był znacznie lepszym szefem Narodowego Funduszu Zdrowia. Na tym stanowisku potrzebne są bardziej kompetencje organizacyjne niż medyczne – przypomina Leszek Kryczka, z zarządu PZ. Eksperti deklarują, że

bez względu na to, kto zastąpi Jacka Paszkiewicza, nowy prezes NFZ musi zmienić dotychczasowy sposób rządzenia.

– Najważniejsze jest to, by nowa prezes nie była autokratą i potrafił nie tylko słuchać, ale i uwzględnić głos środowiska lekarskiego w dyskusji na temat najważniejszych kwestii – podkreśla Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. (as)

## KALENDARZ WYDARZEŃ

## LIPIEC

**1 lipca**, Kraków, kurs dla lekarzy specjalizacji: choroby wewnętrzne, kardiologia, medycyna ratunkowa, pediatria, zaawansowane zabiegi reanimacyjne, www.mp.pl

**2-5 lipca**, Kraków, kurs dietetyki i Promocji Zdrowia, www.nutricenter.pl

**3 lipca**, Warszawa, kurs doskonalący dla lekarzy, Jak postępować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych, www.nil.org.pl

**4-5 lipca**, Warszawa, kurs doskonalący dla lekarzy, Wystąpienia publiczne – warsztaty, www.nil.org.pl

**6 lipca**, Warszawa, kurs dla lekarzy, Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, www.nil.org.pl

**6-8 lipca**, Cędzyna k. Kielc, X Europejska Konferencja Chorób Rzadkich pt. "Przybliżyć choroby rzadkie", www.kształceniepodyplomowe.pl

**7-8 lipca**, Kraków, kurs przeznaczony dla osób rozpoczynających badania ultrasonograficzne, podstawy USG jamy brzusznej, www.nama-med.pl

**28 lipca**, Warszawa, kurs dla lekarzy, Jak postępować z trudnym pacjentem – wstęp do umiejętności komunikacyjnych, www.nil.org.pl

**29 lipca**, Warszawa, kurs dla lekarzy, Asertywna komunikacja lekarzy, www.nil.org.pl

**31 lipca**, Warszawa, kurs dla lekarzy, Formy wykonywania zawodu lekarza – skutki prawne w aspekcie odpowiedzialności prawnej, w tym finansowej wobec NFZ, pacjenta, podmiotu leczniczego, www.nil.org.pl

## WRZESIEŃ

**5-16 września**, Warszawa, szkolenia dla lekarzy, Medycyna 65+. Leczenie pacjenta w wieku podeszłym, www.termedia.pl

**22 września**, Gdańsk, konferencja dla lekarzy, Współczesna diabetologia, www.lancet-net.pl

**29 września**, Katowice, konferencja dla lekarzy, III Śląska Jesień Internistyczna, www.mp.pl

## WAŻNE TERMINY

## Minął termin

➔ 30 czerwca minął termin okresu dostosowawczego dla praktyk lekarskich i dentystrycznych do przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

## Ważne w najbliższym czasie

➔ Do 6 lipca należy złożyć dokumenty o zarejestrowanie i wydanie ograniczonego Prawa Wykonywania Zawodu w Izbie Lekarskiej

## OD REDAKCJI

## Prezes odszedł, problemy pozostały

Niekwestionowanym numerem jeden wśród wydarzeń z ostatniego miesiąca jest dymisja dotychczasowego prezesa NFZ. Nie będzie przesadą stwierdzenie, że lekarze czekali na tę decyzję od 5 lat, czyli od momentu powołania Jacka Paszkiewicza na to stanowisko. Praktycznie całe środowisko przyjęło tę wiadomość z ogromną radością.

Problem w tym, że zwolnienie Jacka Paszkiewicza wcale nie musi oznaczać poprawy sytuacji. Nikt nie ma wątpliwości, że sama zmiana personalna nie wystarczy, potrzebne są głębsze reformy, które powinny objąć zasięgiem sam sposób funkcjonowania NFZ. Lekarze właściwie jednym tchem wymieniają przepisy, które jak najszybciej powinny zostać znolizowane. Sam minister zdrowia od jakiegoś czasu planuje reformę fundu-

szu, która ma być odpowiedzią na potrzeby nie tylko pacjentów, ale i lekarzy. Jak sam podkreśla, wprowadzenie tych zmian w życie nie było możliwe do tej pory, gdyż współpraca między resortem zdrowia a NFZ praktycznie nie występowała. Podobno prezes Paszkiewicz negatywnie odnosił się do propozycji Bartosza Arłukowicza. Miał to być jeden z powodów, dla których minister w końcu zdecydował się zdymisjonować prezesa. Nie bez znaczenia jest fakt, że nowa prezes NFZ Agnieszka Pachciarz jest zaufanym pracownikiem Bartosza Arłukowicza. Do tej pory minister odpowiedzialnością za swoje porażki legislacyjne mógł obarczać Jacka Paszkiewicza. Teraz wydaje się, że w zasadzie nic nie stoi już na przeszkodzie, by zapowiadane obietnice zrealizować. Mimo to, medycy do

tych zapowiedzi podchodzą bardzo ostrożnie. Przecież trudno uwierzyć, że wszystkie zapowiadane zmiany uda się zrealizować. Jak na razie priorytetem dla całego środowiska lekarskiego jest wykreślenie kar z umów. Od dłuższego czasu trwają negocjacje, ale do tej pory nic konkretnego w tej sprawie się nie wydarzyło. I może właśnie dlatego lekarzom ciężko uwierzyć, że uda się zreformować cały system, przecież od początku roku trwają bezskuteczne negocjacje o rozwiązanie jednego problemu.

Można przypuszczać, że gdyby nie zapowiadany protest lekarzy, Jacek Paszkiewicz nadal by sprawował swoją funkcję, a w umowach wciąż znajdowałyby się kontrowersyjne przepisy. Lekarze zrobili już pierwszy krok, teraz pora na reakcję ze strony władz. (as)

## MIESIĄC W BRANŻY KOMENTUJE...

## Dobrze działająca medycyna rodzinna to klucz do efektywnego systemu



Wojciech Perekitko, prezes Lubuskiego Związku Lekarzy Pracodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej

## Oceniam na plus

Decyzję ministra Bartosza Arłukowicza o dymisji prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza. Można powiedzieć, że czekaliśmy na to od pięciu lat, czyli od momentu powołania go na to stanowisko. Oczywiście zmiana personalna niczego nie rozwiązuje, ale jest to pierwszy krok do uzdrowienia obecnego systemu i rozładowania napięcia, jakie występuje między lekarzami a władzą. Może nowy prezes

będzie bardziej skłonny do dialogu i negocjacji, co bezpośrednio przełoży się na poprawę całego systemu.

## Oceniam na minus

Rozporządzenie wydane przez MZ w sprawie kodów resortowych. Weszło ono w życie 11 czerwca, a więc w momencie największej intensywności składania wniosków do wojewody przez podmioty lecznicze. Spowodowało to nie tylko powstanie ogromnego chaosu, ale przede wszystkim uniemożliwiło wypełnienie ustawy przez większość świadczeniodawców. Takie zmiany powinny być zdecydowanie lepiej przygotowane pod kątem organizacyjnym.

## Ochrona zdrowia powinna być

Przeorganizowana pod względem

finansowania poszczególnych ogniw systemu. Przede wszystkim środki z ogólnej puli powinny być w większym stopniu przekazywane lekarzom rodzinnym. Dobrze funkcjonująca medycyna rodzinna to klucz do efektywnego leczenia i oszczędzania publicznych pieniędzy. Działa to na zasadzie reakcji łańcuchowej, jeśli lekarz rodzinny ma większy zakres uprawnień i więcej możliwości prowadzenia np. profilaktyki, mniej pacjentów będzie trafiać w zaawansowanym stadium choroby, którego leczenie oczywiście kosztuje znacznie więcej.

Jak na razie brakuje takiej dalekowszocznej polityki, kiedy uwzględnia nie tylko obecną sytuację finansową, ale także długofalowe skutki dla całego systemu. (as)

## ZDANIEM CZYTELNIKÓW

## e-recepta wydłuży wizyty pacjentów

Komentarz do artykułu: Informatyzacja służby zdrowia: brakuje wszystkiego (PL 79)

Wystawianie e-recept wymaga od lekarza biegłej znajomości obsługi komputera, a obsługiwanie takiego systemu informatycznego zabiera stosunkowo dużo czasu. Lekarz POZ przeciętnie przyjmuje 40-50 osób dziennie, tak też jest i w moim przypadku. Lekarz rodzinny odbywa także średnio 5-10 wizyt domowych, podczas których dostęp do komputera czy drukarki jest bardzo ograniczony. Wystawienie tradycyjnej recepty nie zajmuje wiele czasu, chociaż ostatnio

skomplikowała to bublowata ustawa refundacyjna i chwala lekarzom, którzy wywalczyli uproszczenie w wystawianiu recept poprzez ograniczenie zapisywania poziomu refundacji. Wprowadzenie e-recept spowoduje prawdziwy paraliż w obsłudze pacjentów w skali całego kraju oraz stworzy zagrożenie dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Największy problem będzie dotyczył aspektu dostępu do świadczeń zdrowotnych. Przez wydłużenie wizyty chorzy



będą odsyłani na późniejsze terminy, gdyż e-recepty w znacznym stopniu zwiększą czas przyjmowania pacjentów. Poza tym duża część przychodni nie jest przygotowana na taką komputerową rewolucję. Państwo powinno zapewnić odpowiednie przeszkolenie kadr w tym zakresie. Tradycyjne ręczne wypisywanie recept zajmuje o wiele mniej czasu i z punktu widzenia interesu pacjentów informatyzacja w tym zakresie nie jest konieczna.

Andrzej Mordziak, lekarz chorób wewnętrznych z Częstochowy

## Zrozumieć tekst ustawy – oto jest wyzwanie



ZWRACAM  
UWAGĘ

lek. Joanna  
Zabielska-  
Cieciuch  
z Białegostoku

Od kilku tygodni lekarze głowią się nad problemem dostosowania swoich przychodni do zapisów ustawy o działalności leczniczej. Ustawa ta obowiązuje już prawie od roku i z końcem czerwca upływa okres przejściowy na wprowadzenie zmian dostosowujących.

Jedną z intencji ustawy o działalności leczniczej było zniesienie dualizmu zakładów opieki zdrowotnej i podmiotów je tworzących. Problem polegał na tym, czy fak-

tury powinny być wystawiane na zakład, czy też np. na spółkę, która powołała ZOZ do istnienia. Czy podmiotem, który zawiera umowy np. z laboratorium lub NFZ powinien być ZOZ czy spółka? Może dla prawników było to oczywiste, ale dla lekarzy na pewno nie. Gdyby było wszystko jasne, to prawdopodobnie w całej Polsce obowiązywałyby jednakowe zasady.

I żeby to uporządkować, sejm zastąpił ZOZ-y podmiotami leczniczymi, praktyki lekarskie praktykami zawodowymi i wszystko powinno być jasne. A jednak nie jest. Podmioty lecznicze zgłaszają się do GUS po 14-cyfrowe numery REGON i tam się dowia-

dują, że spółka, która prowadzi działalność medyczną i jest wpisana do rejestru podmiotów leczniczych, musi mieć inną nazwę niż ten podmiot. I znowu się zaczyna: kiedy używać nazwy spółki, a kiedy podmiotu leczniczego. Jakie dane powinna zawierać pieczęć stawiana na recepcie (to akurat reguluje rozporządzenie o receptach), a jakie na skierowaniu, np. do szpitala czy laboratorium. Czy lekarz, który jest przedsiębiorcą, musi ujawniać adres swojej siedziby, czyli adres zamieszkania np. w pieczęci nagłówkowej na recepcie? Im bliżej końca czerwca, tym coraz więcej pytań. I to w większości bez odpowiedzi. Nie znamy ich też w lipcu.



GŁOS  
ŚRODOWISKA

Mirona  
Flisikowska-Wilczek,  
prezes warmińsko-  
mazurskiego KLRwP

Na ostatnim zjeździe Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej podjęto stanowisko negujące ustawę w sprawie informatyzacji w ochronie zdrowia, zobowiązującego lekarzy posiadających kontrakt z NFZ m. in. do elektronicznego sposobu prowadzenia dokumentacji. Apel był podyktowany obawą przed poniesieniem wysokich kosztów i koniecznością wypełniania dodatkowych obowiązków.

Blisko 12 lat temu podobny problem rozgrywał się w mojej nowo powstałej spółce, która podpisała kontrakt z NFZ na usługi POZ. Jedyny mężczyzna w spółce – kontrahent – wspólniczek spadł na pomysł skomputeryzowania całej przychodni i przejścia na prowadzenie dokumentacji elektronicznej. Na początku zareagowałyśmy

z obawą. Praktycznie żadna z nas nic nie wiedziała o programach informatycznych, a na klawiaturze stukaliśmy jednym palcem. Wydawało się nam, że brak tych umiejętności znacznie wydłuży czas wizyty. Tak było tylko na początku.

W chwili obecnej każdy z nas ma przygotowane automatyczne wpisy dotyczące wywiadu, badania czy zaleceń w typowych sytuacjach medycznych, które tylko uzupełniamy dopasowując do aktualnej sytuacji pacjenta. Komputeryzacja umożliwia szybkie wykonanie zestawień statystycznych, odnalezienie grup wiekowych pacjentów, albo chorujących na wybraną jednostkę chorobową czy stosujących jakąś grupę leków. Patrząc na te 12 lat wstecz, nigdy nie wróciłabym do dokumentacji papierowej. Dzięki uporowi kolegi jesteśmy o kilkanaście lat do przodu i nie obawiamy się nieuniknionych zmian. Zachęcam kolegów, aby również zainformatyzowali swoje placówki.

## Pacjenci nas popierają!



KRYTYKI  
SIĘ NIE BOJĘ

dr n. med. Jacek  
Kozakiewicz,  
prezes ORL  
w Katowicach

„Apelujemy o przywrócenie decydującej roli lekarza w leczeniu chorego, (...) otwarcie MZ i NFZ na prowadzenie efektywnego dialogu i (...) zażegnanie sporu pomiędzy środowiskiem lekarzy a NFZ, dotyczącego przepisów narzuconych przez prezesa Paskiewiczicza”. To postulaty, pod którymi każdy z nas, lekarzy, mógłby się podpisać obiema rękoma, lecz tym razem nie są wypowied-

dziane przez nasze środowisko. To treść petycji skierowanej do ministra zdrowia przez pana Piotra Piotrowskiego, ojca ciężko chorego Michałka, który pierwszego stycznia tego roku boleśnie zderzył się z nową listą leków refundowanych. Skłoniło go to do zainicjowania akcji społecznej 1czerwiec.pl, która w krótkim czasie zyskała szerokie poparcie opinii publicznej, towarzystw naukowych i stowarzyszeń pacjentów.

Wcześniej Śląska Izba Lekarska zorganizowała konferencję prasową, na której ramię w ramię zasiadli przedstawiciele środowisk lekarskich oraz organizacji pa-

cjentów i wszyscy mówiliśmy jednym głosem. To najlepszy dowód na bezpodstawność padających z różnych stron sugestii, że prowadzone przez lekarzy akcje protestacyjne działają na szkodę najsłabszych, czyli pacjentów.

Lekarze i pacjenci to dwa ogniwa systemu zdrowia, z głosem których decydenci liczą się najmniej, a które de facto stanowią jego podstawę. Próba ich zantagonizowania ma na celu osłabienie siły słusznych argumentów. Całe szczęście, że pacjenci, czyli tak naprawdę wszyscy obywatele, coraz wyraźniej zdają sobie z tego sprawę.

### PRZECYTANE...

Korupcja w sposób bardzo znaczący zmieniła swoje oblicze. System opieki zdrowotnej został diametralnie przeorganizowany: powstały prywatne zakłady udzielające świadczeń medycznych, mające część kontraktów z funduszem i w związku z tym dostęp do lekarzy stał się w jakimś sensie łatwiejszy (...). Natomiast cały czas istnieje problem makrokorupcji. Sprzyja temu np. sposób formułowania listy leków refundowanych. Mam tu na myśli wpisywanie z uporem nazw handlowych leków, a nie nazwy substancji aktywnej (...)

dr Grzegorz Luboiński, członek nieformalnej  
Lekarskiej Grupy Roboczej ds. Etyki w Służbie Zdrowia

### W NASZEJ OCENIE...



**Plus dla Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ** za przywrócenie umów dla części poradni, które straciły je po majojowej kontroli. Fundusz poinformował, że w przypadku 20 spośród 38 przychodni zastąpi zerwanie umowy karą finansową. Tłumaczy to przekonującymi odwołaniami placówek. Skoro okazało się, że ponad połowa wcześniejszych decyzji została odwołana, to co możemy powiedzieć o konsekwencji NFZ? Przecież od początku zainteresowane przychodnie deklarowały, że usuną nieprawidłowości, a zerwanie umów zaszkodzi jedynie pacjentom. Może jednak chodziło o pokazanie, kto tu tak naprawdę rządzi? Ale wycofanie się ze złej decyzji zawsze warto docenić.



**Minus dla dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu** za wypowiedzenie umów 190 lekarzom. Wniosek w tej sprawie trafił już do urzędu pracy. Dyrektor Luiza Staszewska zastrzega, że od 1 sierpnia dostaną oni nowe umowy, według których będą pracowali krócej, czyli po prostu zarobią mniej. W ten sposób szpital zaoszczędzi 2 mln zł rocznie. Wszystko sprzecznie z porozumieniem, które szpital zawarł z lekarzami w 2007 roku. Można oczywiście zrozumieć trudności finansowe i konieczność ich przezwyciężenia, ale czy lekarze muszą płacić (i to dosłownie) za złą organizację służby zdrowia?

# 3 mln

recept według wzoru Naczelnej Izby Lekarskiej wydrukował OZZL dla lekarzy uczestniczących od 1 lipca w proteście. Według Ministerstwa Zdrowia tylko 5 proc. recept będzie wystawianych bez możliwości refundacji

## KRÓTKO

**Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego jest najlepszą polską uczelnią medyczną – wynika z rankingu Perspektywy i Rzeczpospolitej.** Na szczyt wróciło po rocznej przerwie. Na drugim miejscu uplasował się ubiegłoroczny zwycięzca – Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, na trzecim miejscu znalazł się Uniwersytet Medyczny w Łodzi. W ocenie brano pod uwagę m.in. prestiż, potencjał naukowy, innowacyjność oraz liczbę studiujących cudzoziemców. (as)

**Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zwróciło się do rządu o przekazywanie 300 mln zł** rocznie na poczet Narodowego Programu Zapobiegania i Zwalczania Cukrzycy i jej Powikłań. Autorzy apelu podkreślają, że obecnie NFZ przeznaczą na walkę z cukrzycą 133 mln zł, co stanowi zaledwie 0,22% jego budżetu. Szacuje się, że w Polsce jest ponad 2 mln diabetyków, ale tylko połowa z nich jest poddawana leczeniu. (as)

**Opolski oddział NFZ przypomina, że za udostępnianie dokumentacji medycznej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, a więc przychodnie czy lekarz prowadzący indywidualną praktykę, może pobierać opłatę.** Zgodnie z ustawą jedna strona wyciągu lub odpisu kosztuje maksymalnie 7,29 zł, jedna strona kopii – 0,73 zł, natomiast wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – 7,29 zł. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne. (as)

**Rzecznik Praw Dziecka chce corocznych obowiązków badań najmłodszych.** Według Marka Michalaka przy obecnych bilansach zdrowotnych niemożliwe jest monitorowanie poziomu opieki nad dzieckiem. Coroczne wizyty u pediatry miałyby opierać się na badaniach, ale i rozmowie z rodzicami, co poprawi zarówno stan zdrowia, jak i bezpieczeństwo dzieci. Pismo w tej sprawie już trafiło do ministra zdrowia. (dm)

# W Warszawie nie ma medycyny rodzinnej

Lekarze rodzinni w stolicy zamiast prowadzić własne praktyki, zatrudniają się w dużych przychodniach.

Środowisko jest zgodne: Warszawa jest miastem, w którym nie dokonano reformy służby zdrowia. Przez 20 lat nie udało się zrealizować modelu, w którym lekarz rodzinny byłby samodzielnym przewodnikiem pacjenta, dokładnie znającym jego problemy zdrowotne. Zamiast tego zatrudnia się w dużych przychodniach, łączących porady POZ ze specjalistyką.

– W Warszawie dominują duże NZOZ-y, gdzie rola lekarza rodzinnego sprowadza się do wypisywania skierowań. Pacjent nie jest przypisany do własnego lekarza, na wizytę przychodzi do tego, który akurat jest w placówce – ocenia lek. med. Włodzimierz Bołtruczuk, prezes Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie. Potwierdzają to dane NFZ. Z listy placówek wynika, że zaledwie pięciu z nich prowadzi indywidualne praktyki lekarskie.

– Przyczyna tego stanu rzeczy jest oczywista. Koszty wynajmu budynku, dostosowania go do przepisów i samego funkcjonowania placówki przekraczają możliwości pojedynczego lekarza, nawet z

## Struktura placówek POZ w Warszawie (w liczbach)

Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej i Zespoły NZOZ:	94
Samodzielne Publiczne Zakłady Lecznictwa Otwartego:	61
Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej i Zespoły SPZOZ:	33
Poradnie przy szpitalach i instytutach medycznych:	7
Praktyki Indywidualne	
Lekarza Rodzinnego:	5
Centra Medyczne:	5
Przychodnie Medycyny Rodzinnej:	2
<b>Razem:</b>	<b>207 placówek</b>



kilkunastoletnią praktyką. Zwłaszcza, że jego przychód zależy od wolno rosnącej liczby pacjentów – wyjaśnia lek. med. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk. Sama prowadzi w Warszawie przychodnię z kilkoma lekarzami, z których każdy ma własną listę pacjentów. Jej zdaniem nawet wspólna działalność nie gwarantuje bezpieczeństwa finansowego.

– Przez prawie 15 lat stykałam się z szeregiem problemów, łącznie z wymówieniem lokalu i wprowadzeniem wysokiego czynszu na poziomie działalności gospodarczej – wylicza. Polityka organizacji opieki zdrowotnej nie sprzyja lekarzom, którzy chcieliby założyć własne praktyki. Kontraktowane są świadczenia, więc NFZ nie przewiduje żadnego wsparcia finansowego na rozwój placówki. Dlatego lekarze pozostają w dotychczasowym miejscu pracy, gdzie te koszty ponosi ich pracodawca.

– Większość dużych placówek należy do miasta, więc w razie problemów finansowych dostają one od niego dodatkowe fundusze – mówi

Włodzimierz Bołtruczuk. W efekcie nikomu nie opłaca się inwestować w indywidualne praktyki. Wyjątek stanowią pacjenci, którym często przeskadza brak ciągłości leczenia i przypadkowe wizyty.

– Często przepisują się do nas pacjenci, którzy narzekają na odpersonalizowane kontakty z lekarzami w takich placówkach. Potrzebują prawdziwego lekarza rodzinnego – wyjaśnia Agnieszka Jankowska-Zduńczyk.

Wydaje się jednak, że to za mało, aby wprowadzić jakiegokolwiek mechanizm wspierający rozwój indywidualnych praktyk. Zwłaszcza, że dla niektórych chorych połączenie w jednym miejscu świadczeń POZ i specjalistów jest wygodne, bo pozwala uniknąć takich rozwiązań hamujących rozwój samej medycyny rodzinnej.

– Tutaj po prostu nie wdrożono reformy, zmieniły się tylko szyldy. Lekarze rodzinni wciąż pracują jak rejonowi. Dlatego Warszawa jest czarną dziurą medycyny rodzinnej – podsumowuje Włodzimierz Bołtruczuk. (dm)

Lekarze są zgodni: dopóki

## Placówki medyczne toną w długach

**Monopol NFZ na rynku udzielania świadczeń, wzrost zatrudnienia i zbyt wysokie koszty działalności – to główne przyczyny złej sytuacji finansowej przychodni.**

W ubiegłym roku po raz kolejny wzrosły zobowiązania szczególnie szpitali publicznych, w sumie wynoszący już one ponad 10 mld zł.

– Główną przyczyną trud-

ności finansowych wszystkich placówek jest monopolistyczna pozycja NFZ, a przychodnie, podobnie jak szpitale, funkcjonują na podstawie kontraktu z funduszem – argumentuje Jarosław Piotrowski, wiceprezes firmy Gumułka, które audytuje polskie placówki.

Problem zadłużenia przychodni występuje jednak w mniejszym stopniu, cho-

nie zmieni się sposób finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ, dopóty proces zadłużania się placówek będzie postępował w zastraszającym tempie. Nadzieją na poprawę kondycji finansowej szpitali i przychodni ma być wybór nowego prezesa funduszu, który może zmienić dotychczasową politykę kontraktowania. (as)

Lekarze są zgodni: dopóki

**INDEX COPERNICUS**  
**2,47**

**PUNKTY EDUKACYJNE**  
• 20 punktów – za napisanie i opublikowanie artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym indeksowanym m.in. przez Index Copernicus  
• 5 punktów za tytuł (maksymalnie 10 punktów) – za indywidualną prenumeratę fachowego czasopiisma medycznego indeksowanego m.in. przez Index Copernicus (potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty)



Miesięcznik „Praktyka Lekarska” jest skierowany do lekarzy rodzinnych, lekarzy prowadzących prywatną praktykę

oraz do menedżerów służby zdrowia. Magazyn zawiera informacje z zakresu nowych metod diagnostycznych i współczesnych technik leczenia w konkretnych jednostkach chorobowych. Znajdą tu Pań-

stwo notatki o najnowszych lekach oraz interesujące opinie specjalistów dotyczące bieżących zmian prawnych.

„Praktyka Lekarska” journal is designed for general practitioners, doctors of all types of specialties, physicians with private practice and health service managers. Order the subscription of the magazine for free. „Praktyka Lekarska” magazine has been recently submitted to „Index Copernicus” database. It is

a quality ranking system which evaluates medical and biological journals.

Therefore, we remind you that in connection with Articles of the acquisition of the postgraduate medical qualification for medical doctors and dentists, the magazine enables you to receive the following points: 20 pts. for writing and publishing an article in a scientific journal indexed in Index Copernicus or others; 5 pts/ journal (max 10 pts.).



Zeszyty specjalistyczne stanowią obszerne, monograficzne opracowanie konkretnego problemu terapeutycznego lub monografię produktów farmaceutycznych. Formy zawartości merytorycznej: artykuły, opisy przypadku, wywiad, badania. Wydajemy również zeszyty mon tematyczne – na konkretnie zamówienie, na wyłączenie, ze wskazaniem problemu i autorów tekstów.

# Komputer wyreńczy lekarzy – podobno

Jest już projekt ustawy wprowadzający Centralny Wykaz Ubezpieczonych, który ma zdjąć z lekarzy odpowiedzialność za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Nowe przepisy zaczną obowiązywać od października.

Centralny Wykaz Ubezpieczonych pozwoli na elektroniczne sprawdzenie, czy dana osoba jest uprawniona do korzystania z publicznych świadczeń. System będzie dostępny we wszystkich placówkach w rejestracji, a dla lekarzy – przez specjalny portal.

Nowelizacja przepisów w tej kwestii zakłada, że do weryfikacji ubezpieczenia pacjenta wystarczy tylko jego numer pesel. Dotychczasowe sposoby weryfikacji mają obowiązywać tylko w wyjątkowych przypadkach np. gdy dostęp do internetu będzie ograniczony lub baza będzie zawierać nieaktualne informacje dotyczące ubezpieczenia. W takich sytuacjach pacjent będzie zmuszony przedstawić dokumenty, które do tej pory uprawniały go do świadczeń, a więc legitymacje emeryta/rencisty, druk ZUS RMUA lub też złożony pisemne oświadczenie, że jest ubezpieczony. Z założenia na wprowadzeniu CWU mają zyskać wszyscy. Dla pacjenta nowe regulacje oznaczają uproszczenie rejestracji. Świadczeniodawcy mają gwarancję refundacji udzielanych świadczeń, a państwo ma mieć większą kontrolę nad wydatkowaniem publicznych środków.

Ponadto nowelizacja przeno-



**Joanna Rosińska-Migda: Ministerstwo Zdrowia wycofało się z wcześniejszych zapisów, które nakładały na lekarzy obowiązek weryfikacji ubezpieczenia pacjenta.**

si obowiązek egzekwowania kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej z lekarzy na fundusz. Środowisko lekarskie od początku roku czekało na stworzenie specjalnego systemu weryfikacji ubezpieczonych, a wiadomość o zatwierdzeniu projektu CWU przyjęło z ulgą.

– To jest coś na co lekarze rodzinni czekali od dawna, każda zmiana w zakresie automatyzacji jest dobra. Cieszy dodatkowo fakt, że Ministerstwo Zdrowia wycofało się z wcześniejszych zapisów, które nakładały obowiązek na lekarzy weryfikacji ubezpieczenia pacjenta, jak się okazuje przepis ten był kompletnie bezzasadny – mówi Joanna Rosińska-Migda, prezes Kujawsko-Pomor-

skiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Wokół wprowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych było ostatnio sporo kontrowersji. Swoje zastrzeżenia zgłaszał prezes GİODO, z uwagi na obawę o zbyt szeroki dostęp do poufnych danych pacjentów.

– Kwestia ochrony danych osobowych nie powinna budzić żadnych zastrzeżeń, przecież do tej pory pracownicy przychodni mieli dostęp do tych danych, poza tym nowy system będzie zawierał tylko bardzo ograniczone informacje, mianowicie: imię i nazwisko pacjenta oraz jego PESEL – mówi Artur Koziołek z Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji.

Szacuje się, że na wprowadzenie w życie systemu trzeba będzie przeznaczyć 10 mln zł, natomiast na same wynagrodzenia pracowników obsługujących system – prawie 20 mln zł. fundusz zapewnia jednak, że inwestycja ta jest niezbędna.

– Zatrudnienie dodatkowych kontrolerów i specjalistów do spraw windykacji zwróci się po wielokroć, gdyż radykalnie zmniejszy się liczba osób nieuprawnionych korzystających ze świadczeń publicznych – mówi Andrzej Troszyński, z

biura prasowego NFZ.

Mimo że system ma ruszyć od października, lekarze wciąż nie wiedzą dokładnie jak on ma wyglądać. Opublikowany projekt zawiera tylko ogólne informacje bez podania szczegółów dotyczących obsługi systemu.

– Nadal nie wiemy, jak wdrożenie systemu będzie wyglądać od strony organizacyjnej, a więc niewiadomą pozostaje kwestia np. ewentualnych szkoleń z obsługi czy kosztów związanych z wprowadzeniem CWU, czekamy na konkretne rozporządzenie w tej sprawie – mówi Wojciech Pacholicki, prezes mazowieckiego oddziału PPOZ. Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji, koordynujące projekt zapewnia, że prace nad wdrożeniem systemu trwają, a lekarze nie powinni mieć problemu z dostosowaniem się do ustawy.

Lekarzom pozostaje czekać na rozporządzenie, które precyzowałoby jak wprowadzenie i korzystanie z systemu CWU będzie wyglądać w praktyce. Jak na razie wiadomo tylko tyle, że lekarze nie będą musieli brać na siebie odpowiedzialności za weryfikowanie ubezpieczenia pacjentów. (as)

## Skargi na lekarzy do rzecznika

**Najwięcej, bo aż 45 proc. skarg złożonych w biurze Rzecznika Praw Pacjenta dotyczy naruszenia prawa dostępu do dokumentacji medycznej, 19 proc. pacjentów skarży się na brak dostępu do konkretnych świadczeń zdrowotnych, a 11 proc. skarg dotyczy braku poszanowania godności i intymności pacjentów.**

Do Rzecznika Praw Pacjenta w 2010 roku wpłynęło ponad 28,7 tys. skarg. Wszczęto ponad 8 tys. postępowań wyjaśniających. W porównaniu do roku poprzedniego, kiedy urząd RPP rozpoczął swoją działalność, w okresie od maja do grudnia wpłynęło tylko 8 tys. spraw (wzrost o 219 proc.). (as)

## Seniorzy narzekają

**Aż 90 proc. Polaków po 75 roku życia swój stan zdrowia ocenia jako zły, tylko 10 proc. seniorów czuje się dobrze.**

Statystyki te przekładają się na liczbę osób, które opiekują się osobami starszymi – niemal trzy czwarte respondentów wspiera kogoś z najbliższej rodziny. Statystyczny Polak na pomoc osobom starszym przeznacza ponad jedenaście godzin tygodniowo, co daje dziennie około półtorej godziny – wynika z raportu CBOS. (as)

## SONDA | Czy lekarze powyżej pewnego wieku powinni podlegać badaniom okresowym, których pozytywny wynik dopuszczałby ich do dalszej pracy w zawodzie?



**Krzysztof Jankowiak, lekarz rodzinny, Drawsko Pomorskie**

Jeśli badania okresowe miałyby w ogóle istnieć to nie powinny decydować o tym, czy lekarz może pracować czy nie. Ale dobrym pomys-

łem byłoby przeprowadzenie czegoś w rodzaju bilansów zdrowia wśród lekarzy, gdyż często się dzieje tak, że są oni na tyle pochłonięci kandydacją swoich pacjentów, że zupełnie zapominają o swoim zdrowiu. Lekarz im starszy tym ma większe doświadczenie i wiedzę. Sam znam medyków, którzy po przejściu na emeryturę kontynuują swoją pracę zawodową i są świetnymi specjalistami w swojej dziedzinie. Jednak nie można przesadzać, ostatni przypadek, w którym 92-letni lekarz dyżurował w pogotowiu, nie powinien mieć miejsca. Jest to nie tylko niebezpieczne dla niego, ale i dla potencjalnych pacjentów. W zasadzie jedynym schorzeniem, które mogłoby pozbawić lekarza prawa wykonywania zawodu są problemy psychiczne.



**Marek Juraszek, internista ze Szczecina**

Badania okresowe powinny dotyczyć wszystkich grup zawodowych, nie tylko lekarzy – zwłaszcza teraz kiedy borykamy się z procesem starzenia się społeczeństwa.

Badania te w szczególności powinny objąć zawody zaufania publicznego oraz profesje, które polegają na kontakcie z ludźmi, czyli nauczycieli, policjantów i także lekarzy. Szybkie rozprzestrzenianie się chorób cywilizacyjnych powoduje, że większość 60-latków cierpi na określone deficyty, które mogą wpływać na wykonywanie pracy, a w przypadku zawodu lekarza stwarzają zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Te schorzenia powinno się diagnozować zanim dojdzie do tragedii. Problem ten dodatkowo może skomplikować wprowadzenie nowej ustawy podwyższającej wiek emerytalny, która wydłuży okres działalności zawodowej osób, które ze względów medycznych nie powinny wykonywać dotychczasowych obowiązków.



**Jacek Wilczek, lekarz rodzinny z Warszawy**

Nie byłoby to zły pomysł, pytaniem jednak pozostaje, w jaki sposób miałyby być przeprowadzone. Rzeczywistość wielokrotnie pokazała,

że dobre inicjatywy zamieniały się w beznadziejne przepisy. Kwestia badań powinna być uregulowana w przemyślany sposób. Na pewno nie we wszystkich specjalnościach powinno się przeprowadzać takie badania. Szczególny nacisk powinno się położyć na profesje, które wiążą się z ogromną precyzją np. chirurgia. Im lekarz starszy, tym z jednej strony ma większą wiedzę i doświadczenie, ale z drugiej zdolności koncentracji i wydolności organizmu mogą już być osłabione. Co w przypadku lekarzy wykonujących operacje może okazać się tragiczne w skutkach. Jednak większość zawodów nie wiąże się aż z takim ryzykiem, a co za tym idzie nie ma pilnej potrzeby przeprowadzania badań okresowych.



**Gabriela Kowalska-Karaczun, lekarz**

W zasadzie już po 45 roku życia lekarze powinni przechodzić badania kontrolne zdrowia. Jednak nie powinny iść za tym żadne konse-

kwencje w zakresie możliwości cofnięcia prawa wykonywania zawodu. To mogłoby w dużym stopniu zniechęcić medyków do tego pomysłu, a sama jego idea jest jak najbardziej właściwa. Jednak z drugiej strony lekarzy powinno się badać pod kątem tylko niektórych chorób, w szczególności tych o podłożu neurologicznym czy psychicznym, gdyż w zasadzie tylko te dyskwalifikują medyków w zakresie leczenia pacjentów. Inną kwestią jest to, że lekarze są szczególnie narażeni na syndrom wypalenia zawodowego. Problem ten teraz jest zamiatany pod dywan, a tak naprawdę dotyczy sporej grupy lekarzy. Może badania okresowe także pod tym kątem mogłyby w końcu zwrócić uwagę na to zjawisko i ukazać jego prawdziwe rozmiary.

## PERSONALIA

**Margaret Chan** została ponownie wybrana przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, najwyższy organ decyzyjny WHO, na dyrektora generalnego organizacji. Będzie to już jej druga kadencja na tym stanowisku. Chan urodziła się w Hong Kongu w 1947 roku; ma tytuł doktora nauk medycznych Uniwersytetu Zachodniego Ontario. Pozostanie szefem organizacji do 30 czerwca 2017 roku. (as)

**Marek Twardowski** będzie nowym dyrektorem szpitala wojewódzkiego w Gorzowie – najbardziej zadłużonej placówki w Polsce. Marek Twardowski jest absolwentem Akademii Medycznej we Wrocławiu, posiada specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej. Przez wiele lat pracował na oddziale wewnętrznym nowosolskiego szpitala, był tam także kierownikiem przychodni rejonowej oraz dyrektorem zespołu lekarzy rodzinnych. W 2003 roku Twardowski stanął na czele Porozumienia Zielonogórskiego, a w pierwszym rządzie Donalda Tuska w latach 2007-2011 był wiceministrem zdrowia. (as)

**Bożena Janicka** została wyróżniona odznaką honorową Ministra Zdrowia „Za Zasługi Dla Ochrony Zdrowia” podczas XII Kongresu Medycyny Rodzinnej. Prezes PPOZ została doceniona za wkład i zaangażowanie w polską ochronę zdrowia, a szczególnie medycynę rodzinną. Wyróżnienie wręczył wiceminister zdrowia Aleksander Sopliski. (as)

**Igor Radzewicz-Winnicki** został nowym wiceministrem zdrowia, zastąpił dotychczasowego podsekretarza stanu Marka Habera. Igor Radzewicz-Winnicki jest absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej, w 2006 r. uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych. Jest pediatrą i specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego. Od lutego 2008 r. wykładał na SUM, gdzie był inicjatorem i koordynatorem podyplomowych studiów gerontologia i opieka nad osobami starszymi. (as)

**Prof. Janusz Morys** jest nowym przewodniczącym konferencji rektorów akademickich uczelni medycznych, funkcję tę będzie pełnił w latach 2012-2016. Zastąpi on dotychczasową przewodniczącą Ewę Malecką-Tenderę. Profesor Morys to absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku, jest specjalistą w zakresie anatomii-neurobiologii. Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych jest dobrowolnym zrzeszeniem polskich akademickich szkół wyższych, które mają w swej edukacyjnej ofercie kierunki lekarskie. (as)

# Opóźnienia w dostosowaniu bez konsekwencji

Eksperci nie zostawiają na nowej ustawie o działalności leczniczej suchej nitki, traktując ją jako źródła kolejnych obowiązków i wynikających z nich dodatkowych kosztów dostosowania się do przepisów.

Ustawa dotyczy nie tylko dawnych ZOZ-ów, ale także wszystkich rodzajów praktyk zawodowych. Zmiany mają charakter administracyjny i organizacyjno-prawny, a co za tym idzie wymagają dopełnienia szeregu formalności. Dostosowanie się do ustawy dotyczy przede wszystkim dokumentów formalnoprawnych, w tym statutu i regulaminu.

Najważniejszą zmianą jest to, że od 1 lipca zakładom opieki zdrowotnej nadano status przedsiębiorstwa, a więc działalności regulowanej. Oznacza to między innymi, że w razie prowadzenia przez jeden podmiot leczniczy wielu rodzajów działalności leczniczej niezbędne jest wyodrębnienie oddzielnych przedsiębiorstw dla każdego rodzaju działalności. Jednak jak uspokaja MZ w swoim komunikacie nie oznacza to konieczności prowadzenia dla każdego z przedsiębiorstw odrębnej rachunkowości.

Nowy status placówek pociąga za sobą zmiany także w dotychczasowym rejestrze, co wymaga uzyskania nowych

kodów resortowych, a więc oznaczeń identyfikacyjnych przychodni.

Ustawa precyzuje również specjalne warunki, jakie musi spełnić dyrektor placówki. Oprócz dotychczasowych warunków dotyczących wykształcenia i stażu pracy, ustawa dodała wymogi wiedzy i doświadczenia, a także niekwalifikacji. Na placówkę ochrony zdrowia został ponadto nałożony obowiązek przekazywania raz na kwartał Państwowej Inspekcji Pracy oraz samorządom zawodów medycznych informacji o liczbie osób wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym na podstawie umów cywilnoprawnych. Ustawa o działalności leczniczej dotyczy nie tylko sposobu funkcjonowania podmiotów leczniczych, reguluje także inne kwestie np. zabraniając firmom farmaceutycznym wręczania prezentów personelowi medycznemu lub pacjentom. Bez zmian pozostała natomiast kwestia dotycząca podstaw zatrudniania personelu medycznego w zakła-

dach leczniczych (dotychczasowe umowy pozostają ważne). Zachowano przywileje dotyczące czasu pracy pracowników medycznych, formalnie ich czas pracy nadal wynosi 7 godzin i 35 minut na dobę. Zgodnie z zamierzeniami twórców, ustawa miała być odpowiedzią na trudności, które od lat występują w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Jednak lekarze twierdzą, że ustawa zamiast pomóc, szkodzi i wprowadza chaos.

– To tylko kolejne obowiązki, które nie reformują systemu, a tylko go jeszcze bardziej komplikują. Zmiany dotyczą wielu aspektów funkcjonowania placówki, a każda z nich wymaga odpowiednich formalności. Pewnie większość lekarzy nie zdąży z dostosowaniem się do ustawy – mówi Wioleta Gaboń, lekarz rodzinny. Lekarz obawiają się konsekwencji, jakie może nieść za sobą niedostosowanie się do wymogów ustawy w terminie i nie wiedzą, czy mogą ponieść z tego tytułu kary finansowe. Jednak jak twierdzą prawnicy, ustawa nie przewi-

duje żadnych sankcji finansowych.

– Lekarzom nie grozi żadna odpowiedzialność finansowa np. za niedopełnienie formalności na czas. Ale trzeba pamiętać, że jeśli się ich nie dopełni, to dana placówka nie będzie mogła przyjmować pacjentów, gdyż z punktu widzenia prawa nie funkcjonuje ona w rejestrze, a więc nie jest podmiotem leczniczym – mówi mecenas Paweł Jannasz. Nowa ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. zastąpiła dotychczas obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (as)

## DOSSIER

W razie prowadzenia przez jeden podmiot leczniczy wielu rodzajów działalności leczniczej niezbędne jest wyodrębnienie oddzielnych przedsiębiorstw dla każdego rodzaju działalności. Nie oznacza to jednak konieczności prowadzenia dla każdego z przedsiębiorstw odrębnej rachunkowości.

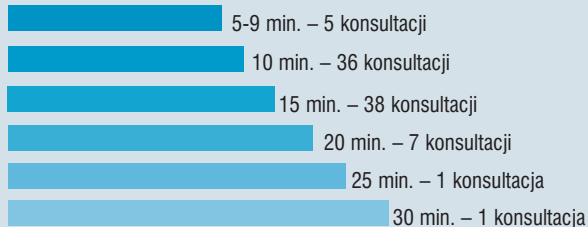
## Badania potwierdzają – wypełniamy papiery po godzinach

**Polscy lekarze rodzinni nie wykonują obowiązków biurokratycznych kosztem czasu pacjenta.**

Częściowe wyniki badania QULICOPC (Quality and Costs in Primary Care w Polsce pokazują, że średni tygodniowy czas pracy lekarzy POZ wynosi 38 godzin, ale bezpośredni kontakt z pacjentem jest o 4 godziny krótszy. Wynika to z dodatkowych obowiązków biurokratycznych, które spoczywają na lekarzach.

– Zaledwie 43 proc. lekarzy deklaruje, że cały swój czas pracy poświęca na diagnozowanie pacjenta. Przykładowo 29 lekarzy pracuje 40 godzin tygodniowo, ale tylko 18 z nich zajmuje się tak długo chorymi – mówi lek. med. Anna Krztoń-Króle-

### Długość typowej konsultacji według lekarzy:



## DOSSIER

QUALICOPC – to międzynarodowy program badawczy, który ma porównać jakość i koszty opieki w POZ w 31 krajach Europy, Izraelu, Australii i Nowej Zelandii. W Polsce koordynuje go Zakład Medycyny Rodzinnej CM Uniwersytetu Jagiellońskiego. Potrwa do 2014 roku.

wiecka, współautorka badania. Oznacza to, że lekarze zamiast redukować czas wizyty pacjenta, decydują się na dodatkowe godziny pra-

cy, w czasie których zajmują się m. in. sprawozdaniami dla NFZ.

Dzięki temu konsultacja w gabinecie POZ trwa prze-

ciennie 13 minut, więc mieści się w standardach europejskich.

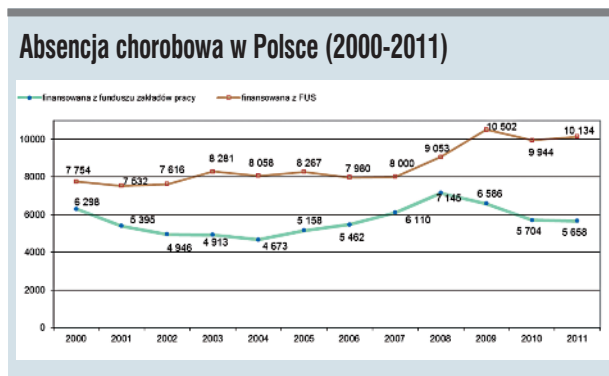
– Nie mamy odgórných wytycznych dotyczących długości wizyty, ale nie skracamy jej dla własnej wygody. Np. w Irlandii, gdzie pracowałem, trwała ona dużo krócej niż w Polsce, bo ok. 7 minut – mówi lek. Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego.

Choć lekarze przyzwyczaili się do konieczności pracy administracyjnej poza czasem wizyt, nie uważają jej za potrzebną. Aż dwóch na trzech lekarzy jest zdania, że część ich codziennych obowiązków nie ma większego sensu. Prawie wszyscy badani wskazali, że przeładowani są zbędnymi szczegółami administracyjnymi. (dm)

# Wystawiamy za dużo zwolnień?

W 2011 r. Polacy spędzili na zwolnieniu lekarskim prawie 140 mln dni, co kosztowało pracodawców i ZUS ponad 18,2 mld zł. Jednak lekarze zgodnie deklarują, że wobec problemu wytudzenia zwolnień są bezradni.

Analizując ostatnie 11 lat wyraźnie widać, że liczba wypisywanych zwolnień stale wzrasta. W porównaniu z rokiem 2000 nastąpił wzrost w granicach 30 proc. W 2009 r. w Polsce było rekordowo dużo absencji chorobowych – miesięczna średnia w tym okresie wynosiła 10,5 mln dni, jakie pracownicy zamiast w pracy spędzali w domu. Okazuje się, że z problemem fałszywych zwolnień zmagają się właściwie cała Europa. Wzrost absencji chorobowych to ogólnoeuropejski trend – jeszcze 10 lat temu średnia absencji chorobowych w Europie wynosiła 2,8%, dziś oscyluje ona w granicach 4,2%. Najwyższe wskaźniki absencji notują takie kraje jak Szwecja (5,2%) czy Norwegia (5%). Do 2009 roku liczba zwolnień chorobowych w Polsce stale rosła, w efekcie w tym okresie była ona krajem o najwyższym wskaźniku absencji w pracy. To właśnie wtedy rząd zlecił ZUS intensyfikowanie kontroli, co przelożyło się na wzrost wstrzymanych lub obniżonych świadczeń chorobowych z 72 mln zł w 2009 r. do 150 mln zł w 2011 r. Środowisko



lekarskie deklaruje, że w przypadku problemu fikcyjnych zwolnień lekarskich ma związane ręce, gdyż brakuje jednoznacznych wytycznych, którymi medycy mogliby się kierować.

– Część zwolnień lekarskich nie ma pełnego uzasadnienia, bo brakuje jasno określonych kryteriów, według których lekarz byłby zobowiązany postępować. Niejasne przepisy powodują, że ciężko jednoznacznie ustalić, kiedy pacjent jest niezdolny do pracy i stąd biorą się nieporozumienia – Tomasz Zieliński, lekarz rodzinny z Lublina.

Dzięki internetowi pacjenci doskonale wiedzą jak zasymu-

lować chorobę, aby uzyskać zwolnienie. – Praktycznie żaden lekarz nie zaryzykuje i nie odmówi wypisania zwolnienia, chyba że pacjent bardzo nieudolnie symuluje chorobę. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości jesteśmy zdani tylko na własną lekarską intuicję – mówi Anna Puślecka, internistka.

Niektórzy lekarze z kolei obserwują odwrotne zjawisko.

– Problem istnieje, jednak nie ma on aż takich rozmiarów. Szczególnie w małych miejscowościach, pacjenci w obawie przed utratą pracy nawet odmawiają przyjęcia zwolnienia, mimo że istnieją realne przesłanki, by orzec niezdolność do

pracy – mówi Adam Tokarski, lekarz z Wrocławia.

Stowarzyszenia pracodawców apelują o zwiększenie nacisku na edukację lekarzy w zakresie wczesnego diagnozowania oraz wydatków na profilaktykę. – Jeśli chcemy mieć mniej zwolnień, finansujemy profilaktykę. Musimy w nią inwestować, by za kilkanaście lat nie opiekować się społeczeństwem inwalidów, już teraz Polacy w zastraszającym tempie się starzeją – argumentuje Robert Pliśko, z Środkowoeuropejskiego Stowarzyszenia Technologii w Ocenie Służby Zdrowia.

Jednym z proponowanych sposobów na zmniejszenie liczby wystawianych zwolnień jest rozwiązanie, jakie wprowadzono w Holandii kilka lat temu. Ich liczba zaczęła się zmniejszać, odkąd pierwsze dni zwolnienia lekarskiego w ogóle nie są płatne. Wzmocnienie kontroli i nakładanie kar na medyków za wypisywanie zbyt dużej liczby zwolnień nie pomoże, dopóki nie zmieni się regulacji prawnych, nie tylko w zakresie systemu finansowania absencji, ale przede wszystkim wprowadzając jednoznaczne kryteria. (as)

## Potrzebujemy szkoleń z komunikacji interpersonalnej

**Braki w edukacji psychologicznej lekarzy przekładają się na trudności w diagnostyce i leczeniu.**

Coraz częściej okazuje się, że lekarzom brakuje nie wiedzy merytorycznej, a umiejętności rozmawiania z pacjentem. Problem spotęgowały ostatnie miesiące zmian refundacyjnych. – Dziś pacjenci są rozgoryczeni stanem służby zdrowia, działaniami NFZ. To przelożyło się na relacje w gabinecie i ujawniło zapotrzebowanie lekarzy na kształcenie w tym kierunku – mówi dr n. med. Jacek Putz, przewodniczący Komisji Publikacji i Pomocy Dydaktycznych Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Dodaje, że sami lekarze coraz częściej zwracają uwagę na swoje niedostatki w praktycznej wiedzy na ten temat. Teo-

retycznie zajęcia z psychologii i psychoterapii znajdują się w programie szkolenia specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej. W praktyce okazuje się, że realizowane są w minimalnym stopniu. Uczelnie prowadzące szkolenia specjalizacyjne mają autonomię i mogą rozszerzać lub zawęzić program. Ponieważ brakuje kadry psychiatrów i psychologów, którzy mogliby prowadzić takie zajęcia dla lekarzy rodzinnych, po pewnym czasie z nich zrezygnowano. W efekcie lekarze nie radzą sobie na co dzień z coraz bardziej roszczeniowymi pacjentami. I chociaż problem dotyczy właściwie wszystkich specjalności, w medycynie rodzinnej umiejętność komunikacji jest szczególnie istotna. Fundamentem jej funkcjonowania jest wzajemne zaufanie



**Jacek Putz: Sami lekarze coraz częściej zwracają uwagę na swoje niedostatki w umiejętnościach z zakresu komunikacji.**

lekarza i pacjenta, a podstawą diagnozy – rozmowa.

– W Polsce prawie połowa przypadków niedodiagnozowania spowodowana jest nie brakami merytorycznymi czy technicznymi, a wynika z problemów komunikacyjnych w gabinecie lekarskim – twierdzi lek. med. Sławomir Czachow-

ski, kierownik Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Toruniu. Lekarzom trudno jest dotrzeć zwłaszcza do trudnych, małomównych pacjentów, którzy wymagają szczególnej cierpliwości.

Braki w umiejętnościach z psychologii utrudniają nie tylko diagnozowanie, ale i prowadzenie pacjenta. Nieprawidłowe relacje w gabinecie wpływają na zachowanie chorego w czasie leczenia. Jeśli lekarz nie przekona go do zasadności terapii, ten szybciej zrezygnuje z przyjmowania leków czy przestrzegania innych zaleceń. Trudno będzie doprowadzić do sytuacji, w której intensywne kursy z psychologii i psychoterapii staną się stałym elementem studiów dyplomowych. Tym bardziej, że rozwiązałoby to tylko problemy przyszłych lekarzy, pozostawiając samym sobie tych aktywnych zawodowo. (dm)

## KRÓTKO

**Już od czerwca będzie działać sezonowa baza Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego w Koszalinie.** Codziennie do początku września, w godzinach od godziny 7.00 do 20.00 na lotnisku w Zegrzu Pomorskim będzie dyżurowała załoga śmigłowca. Składa się ona z pilota, ratownika medycznego i lekarza, którzy mają być wsparciem dla naziemnych zespołów ratownictwa medycznego. W poprzednim roku zrealizowano ponad 100 misji ratowniczych. Uruchomienie bazy śmigłowcowej jest odpowiedzią na wzrastającą liczbę wypadków w okresie wakacyjnym, w tym regionie. (as)

**Wielkopolska Izba Lekarska oferuje lekarzom bezpłatne założenie strony internetowej gabinetu lekarskiego lub indywidualnej praktyki.** Strony będą funkcjonować pod indywidualnie wybranymi adresami w ramach portalu medycznego: [www.znanymedyk.pl](http://www.znanymedyk.pl). Lekarze będą mogli informować swoich pacjentów o profilu danej placówki, o sposobie dojazdu i o godzinach przyjęć. Oferta obejmuje również bezpłatne założenie poczty elektronicznej oraz odbycie szybkiego instruktażu z jej obsługi. Dla bardziej wymagających istnieje możliwość rozbudowania strony o dodatkowe funkcje takie jak: rejestracja pacjentów online czy powiadomianie sms o wizytach. (as)

**Ponad 50% ponoszonych przez izby lekarskie kosztów na realizację swoich zadań pokrywanych jest ze składek lekarzy,** mimo że wykonywanie tych obowiązków powinno być finansowane z budżetu państwa. Zgodnie z prawem to minister zdrowia ma obowiązek uwzględnienia w swoim budżecie pokrycia kosztów czynności administracyjnych w szczególności z prowadzeniem spraw związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy i prowadzeniem rejestrów. NRL apeluje do MZ, aby w budżecie na następny rok przewidział większe nakłady na ponoszone przez izby lekarskie koszty zadań, które są wykonywane w imieniu państwa. (as)

**Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia krytykuje działania Naczelnej Rady Lekarskiej.** Organizacja argumentuje, że pracodawcy ponoszą konsekwencje działań zatrudnionych lekarzy, którzy wypisują leki ze stuprocentową odpłatnością, mimo umowy z NFZ zobowiązującej ich do wystawiania recept refundowanych. Zdaniem PPOZ rekomendując takie zachowanie izba reprezentuje wąskie grono lekarzy, działając na szkodę pozostałej części środowiska. (dm)

## KSIĄŻKI

## Atlas ultrasonografii tarczycy w aspekcie praktycznym



Autor: Marek Ruchała  
Wydawnictwo: Termedia  
Opis: Ilustrowany atlas stanowi istotne źródło wiedzy w zakresie ultrasonografii tarczycy dla lekarzy wielu specjalności. Publikacja dostarcza informacji na temat schematów prawidłowego funkcjonowania tarczycy oraz jej najczęściej spotykanych zaburzeń, m.in. Embriogenezy, Woli, Choroby Gravesa- Basedowa i sposobów ich leczenia. Autor poszerzył ponadto zakres badania USG o tarczycę płodu. Bogaty układ zdjęć pozwala na odróżnienie podobnych obrazów ultrasonograficznych w różnych jednostkach chorobowych. Właśnie duża liczba ilustracji decyduje o wyjątkowo praktycznym wymiarze tej publikacji, także w ramach POZ.

Nadciśnienie tętnicze a nerki. Kontrowersje wokół nefropatii nadciśnieniowej



Autorzy: Jacek Rysz, Maciej Banach  
Wydawnictwo: Termedia  
Opis: Część pierwsza publikacji stanowi podsumowanie aktualnego stanu wiedzy o nadciśnieniowej chorobie nerek, zawierając aktualne wytyczne leczenia nadciśnienia tętniczego. Autorzy skupili się na ustaleniu przyczyn występowania tych chorób oraz sposobów ich zapobiegania. Część druga natomiast dotyczy nefropatii nadciśnieniowej: zawiera wskazówki niezbędne do rozpoznania choroby oraz jej kontroli w przebiegu leczenia. Dużą rolę przypisano informacjom o jej niewątpliwym wpływie na rozwój miażdżycy czy powikłania sercowo-naczyniowe, z podkreśleniem powiązania nadciśnienia tętniczego z chorobami nerek.

## Stwardnienie guzowate



Autor: Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, Sergiusz Jóźwiak  
Wydawnictwo: Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Książka stanowi kompendium wiedzy o stwardnieniu guzowatym. Autorzy zawierają w niej zarówno informacje teoretyczne dotyczące patogenez, badań cyklicznych czy obrazu klinicznego choroby, jak i konkretne rozwiązania związane z różnorodnymi możliwościami terapeutycznymi. Wśród tych drugich wymienia się głównie: leczenie zmian skórnych, powikłań nerkowych, płucnych i kardiologicznych, padaczki. Poradnik ułatwia pracę lekarza rodzinnego, dostarczając mu nowych rozwiązań. (dm)

## Dłuższe umowy się sprawdzają

Zdaniem samorządów kontrakty szpitali i specjalistów z NFZ powinny trwać nawet siedem lat. Ułatwi to inwestowanie i reorganizację placówek zdrowia.

Związek Powiatów Polskich uważa, że krótkoterminowe umowy, które Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera z placówkami medycznymi, nie sprzyjają ich rozwojowi.

– Dzisiaj głównie szpitale obawiają się o swoje jutro, więc zamiast podejmować inwestycje, lokują swoje środki w obligacjach i nie podejmują ryzyka – ocenia Marek Wójcik, dyrektor Biura ZPP, ekspert ds. ochrony zdrowia.

Jego zdaniem dłuższa perspektywa umów pozwoli efektywniej wykorzystać zasoby. Nie chodzi tu tylko o bezpieczeństwo inwestycji, ale i o restrukturyzację placówek, czyli otwieranie nowych oddziałów szpitalnych czy zatrudnianie kolejnych pracowników. Jedynie pewność długotrwałych umów skłoni dyrektorów placówek do takich działań. ZPP uważa, że aby to sprawdzić, należy wprowadzić pilotażowy program zawierania dłuższych umów. Dlatego proponuje zakontraktowanie ratownictwa medycznego na siedem lat. Na razie mówi się o tym jedynie w perspektywie planów na przyszłość, ale część pracowników resortu już popiera pomysł.

– NFZ i ministerstwo zobaczyłyby, że to działa. Dzisiaj jedynie świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego kontraktowane są powszechnie na pięć lat i to jest dobry kierunek – uważa Wójcik. Dodaje, że przykład bezterminowych umów z lekarzami POZ jest doskonałym dowodem na to, że takie rozwiązania się sprawdzają. Dłuższe umowy rodzą jednak ryzyko ograniczenia konkurencyjności na rynku. Pięcioletnie kontrakty zamkną na dłuższą drogę dla nowopowstających placówek.

– Nie można utrudniać świadczeniodawcom wejścia

do systemu. Jeśli umowy będą dłuższe, kolejne podmioty powinny być do niego wpuszczane w międzyczasie, a nie falami – proponuje Marek Wójcik. Obecnie umowy z funduszem są zawierane na trzy lata. Kontrakty trwające pięć lat i dłużej wymagają zgo-

dy prezesa NFZ. Żadna z placówek nie ma pewności, czy w kolejnym konkursie uda jej się zdobyć kolejną umowę, bo dotychczasowi świadczeniodawcy nie mogą być w żaden sposób uprzywilejowani przez NFZ. Fundusz nie może również zagwarantować, że umowa będzie przedłużona, np. w razie należytego wypełnienia obecnej. (dm)

## OPINIA | Im dłuższe umowy, tym dłuższe zagrożenie



Prof. Andrzej Grzybowski, okulista, prezydent Polskiej Federacji Pracodawców Ochrony Zdrowia

Z punktu widzenia stabilności rynkowej na pewno dłuższe umowy między NFZ a AOS byłyby wskazane. Zresztą w części województw już funkcjonują pięcioletnie kontrakty. Jest jednak i druga strona medalu.

W obecnej sytuacji NFZ wykorzystuje swoją pozycję monopolisty i narzuca wzory umów. Świadczeniodawcy nie mają wpływu na ich kształt, są zmuszani do zaakceptowania dyktatu. Im dłużej będą obowiązywały takie niekorzystne kontrakty, tym dłuższe będzie zagrożenie dla lekarzy. Weźmy choćby umowy o wystawianie recept refundowanych i zakładane przez nie kary. Dopóki nie będzie negocjacji na etapie formułowania wzoru, nie powinniśmy podejmować ryzyka wieloletniego wiązania się z funduszem na dyktowanych przez niego warunkach.

## Albo antybiogram, albo 100 proc. odpłatności

Lekarze nie przepisują antybiotyków z refundacją, bo nie mogą czekać na wynik posiewu.

Większość lekarzy deklaruje, że wypisuje recepty na antybiotyki ze 100 proc. opłatą pacjenta ze względu na własne bezpieczeństwo. Wszystko przez ustawę refundacyjną, która wymaga dokładnego określenia szczepu bakterii będącego źródłem zakażenia. Dopiero na jego podstawie można wybrać antybiotyk, któ-

ry jest zarejestrowany w konkretnym wskazaniu jako refundowany. – Leczenie antybiotykami musi być natychmiastowe, więc zamiast czekać na wyniki antybiogramu, przepisujemy taki lek, który ma najszerze wskazania albo po prostu nie określamy refundacji – mówi Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. Podkreśla, że antybiogram jest kosztowny, a na jego wyniki czeka się kilka dni. – Rozwiązaniem mogłyby

być szybkie testy, tzw. POCT (Point of care testing), robione w gabinecie lekarza POZ. Jednak takie rozwiązanie nie jest u nas dostępne w ramach kontraktów placówek z NFZ – mówi prof. Waleria Hryniewicz, konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Były prezes NFZ Jacek Paszkiewicz zapewniał jeszcze niedawno, że wykonanie posiewu nie jest konieczne do określenia stopnia refundacji, ale lekarzy takie deklaracje nie

przekonują. Obawiają się, że kontroler NFZ zażąda zwrotu refundacji, jeśli nie będzie określony konkretny szczep bakterii. (dm)

28%

o tyle spadła sprzedaż antybiotyków w I kwartale 2012 roku w porównaniu do analogicznego okresu ubiegłego roku

## E-KOMENTARZE | Podpisanie umów na recepty to brak solidarności

## Lekarz dyżurny

Proszę tych, którzy podpisali umowy, aby nie narzekali na cokolwiek w ochronie zdrowia w Polsce. Jest dobrze i nie ma co się przeciwstawiać. Swego czasu śp. minister zdrowia, pani inż. Franciszka Cegielska stwierdziła (cytuję z pamięci): „skoro lekarze dają się zaganiać do kącika, to sami sobie są winni, że mają tak, jak mają”. Święte słowa!!!

## Obserwator

Domagajmy się od NFZ publikacji listy lekarzy, którzy podpisali umowy. Jako potencjalni pacjenci, mamy przecież

prawo do informacji, u którego lekarza możemy liczyć na lek refundowany, a u którego nie. I albo okaże się, że nasi koleśdzy, którzy zapewniali nas, że umów nie podpisali, kłamią, albo wyjdzie na jaw manipulacja NFZ przy podawaniu danych dotyczących liczby lekarzy.

## Myśląca

To, że sami siebie nie szanujemy, jest dla mnie przykre. Wystarczyło przecież ze zrozumieniem, powtarzam ze zrozumieniem, przeczytać tę umowę, żeby szanując siebie jako człowieka i lekarza z czystym sumieniem wyrzucić ją do

kosza. A może to, że lekarze to ludzie pracowici i zdolni, ale mimo wszystko mało inteligentni, nie myślący i działający schematami, jest prawdą? Gdzie tu wolny zawód i sztuka, jeśli robimy wszystko pod dyktando i ze strachu. Smutne, ale prawdziwe.

## s0s

Aż trudno zrozumieć taką niesolidarność, zazdrość, rozdrobnienie, i małość. Co robi szcucie, kabza i szarość bytu... I słusznie ktoś zapytał, cóż lekarze chcą wygrać? Grają, ale co to za zasady gry. Jedni tak, inni siak, a innym jeszcze ina-

czej, a większość szydzi i chce wygodnie. Nie dziwmy się zatem, że ci, którzy nie walczą na co dzień, a rządzą, nie-lekarze przecież w większości są inni. Nie może być dobrze w kraju, skoro w żadnym środowisku (nie tylko lekarskim – a tu o solidarność zawodową wydaje się najłatwiej) nie jest dobrze....

## Jaro

Jak widać strach, kunktatorstwo, moralne skundlenie (niepotrzebne skreślić), okazały się silniejsze od wcześniejszych deklaracji. Głupota wygrała z instynktem samozachowawczym. (dm)



# Po proteście lekarze i pacjenci razem

Do tej pory lekarze i ich pacjenci, mimo że mieli wspólne interesy, nie mówili jednym głosem. To ma się wkrótce zmienić, bo obie te grupy zamierzają połączyć swoje siły w walce przeciw ustawie refundacyjnej.

Porozumienie 1 czerwca to nieformalna inicjatywa zrzeszająca stowarzyszenia pacjenckie oraz organizacje lekarskie, których głównym celem jest zwiększenie nacisku na władze, by te dokonały zmiany kontrowersyjnych przepisów. To pierwsza taka organizacja, w której działają zarówno lekarze, jak i pacjenci.

– Nasze porozumienie jest jeszcze jedną grupą nacisku, która za cel postawiła sobie poprawę sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia – mówi Czesław Miś z OZZL.

W skład porozumienia wchodzi ponad 30 organizacji i stowarzyszeń pacjenckich, zaś ze strony środowiska lekarskiego akcję wspiera Stowarzyszenie Lekarzy Praktyków, OZZL i Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jednym z głównych

postulatów ruchu jest zmniejszenie wpływu, jaki mają na system ochrony zdrowia urzędnicy.

– Obecnie działania urzędników na równi z lekarskimi decydują o zdrowiu, życiu, a nawet sposobie leczenia każdego pacjenta. A przecież urzędników w przeciwieństwie do lekarzy nie wiąże przysięga Hipokratesa – mówi Piotr Piotrowski, jeden z inicjatorów Porozumienia 1 czerwca.

– Lekarzom żal jest pacjentów, których nie mogą leczyć zgodnie ze standardami swojej wiedzy medycznej. Z kolei pacjentom żal jest lekarzy, którzy z powodu nieprześlanych przepisów stoją w sytuacji konfliktu etycznego między tym jakby chcieli leczyć, a tym jak ogranicza ich prawo – argumentuje Piotrowski.



Demonstracja przed gmachem Ministerstwa Zdrowia była inspiracją do nawiązania współpracy stowarzyszeń lekarzy i pacjentów.

Z inicjatorami Porozumienia 1 czerwca podczas demonstracji przed gmachem MZ spotkał się minister Arłukowicz, który przyjął petycję złożoną przez organizatorów akcji. Jednocześnie przypomniał, że od stycznia odbywa się rozmowy w ramach projektu „Dialog dla Zdrowia”, do udziału w którym zachęca wszystkie organizacje lekarskie i pacjenckie. Mimo że minister obiecał spotkanie w sprawie omówienia najważniejszych kwestii, słowa nie dotrzymał, ponieważ skromna reprezentacja z MZ zajęła

się tylko problemem leczenia chorób rzadkich.

– Jest to tylko drobny wycinek spraw, o których zmianę walczyliśmy. Naszym głównym celem jest zmiana ustawy i równocześnie zapobiegnięcie protestowi lekarzy od 1 lipca. Jak na razie MZ nie zrobiło nic, by do niego nie dopuścić – mówi Joanna Kozera z Porozumienia 1 czerwca. Większość lekarzy popiera wspólną inicjatywę lekarzy i pacjentów, traktując ją jako akcję, która może wpłynąć na osoby stanowiące prawo.

– Cieszy mnie to, że istnieją jeszcze lekarze, którzy mają tyle siły i zaangażowania, by walczyć z niesprawiedliwym systemem. Gdyby nie oni MZ i NFZ mogłoby bez przeszkód uchylać coraz to bardziej absurdalne i krzywdzące przepisy – mówi Krystyna Nowakowska, lekarz rodzinny. (as)

## Recepty pro auctore i pro familia trzeba dokumentować

**Lekarze muszą prowadzić uproszczony wykaz recept przepisanych sobie lub członkom rodziny.**

W połowie czerwca weszło w życie rozporządzenie, które nakłada na lekarzy nowy obowiązek prowadzenia dokumentacji recept pro auctore i pro familia. Wykaz tych recept ma być jednak uproszczony: obejmuje tylko podstawowe dane na temat pacjenta i przepisane leku, jak np. nazwa i dawka leku. Lekarz sam może zdecydować, czy prowadzi dokumentację łączną, czy odrębną dla każdego członka rodziny. Inicjatorem uregulowania kwestii recept była Naczelna

Rada Lekarska, która uznała, że w związku ze sprzecznymi opiniami dotyczącymi obowiązku prowadzenia dokumentacji należy określić jej zasady. Jej zdaniem ewentualna dokumentacja, o ile w ogóle jest potrzebna, powinna ograniczyć się do minimum. Resort zdrowia rozszerzył jednak projekt NRL, według którego wykaz miał zawierać jedynie kolejny numer, imię i nazwisko pacjenta, datę wystawienia recepty i nazwy leków. W związku z tym lekarze muszą dodatkowo określać m.in. sposób dawkowania leków wypisanych w konkretnej ilości oraz leków gotowych i re-

cepturowych, zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe. (dm)

### DOSSIER

**Wykaz wystawionych recept dla siebie i członków rodziny powinien zawierać:**

- kolejny numer recepty
- datę wystawienia
- imię i nazwisko pacjenta
- międzynarodową lub własną nazwę leku
- postać (jeżeli występuje w więcej niż jednej)
- dawkę leku (jeżeli występuje w więcej niż jednej)
- ilość leku
- sposób dawkowania (jeśli wypisano konkretną ilość lub lek gotowy zawierający substancję psychotropową)

## Analogi insulinowe nie dla wszystkich

**Na nowej liście refundacyjnej pojawiły się analogi insulinowe, niestety większość diabetyków nadal będzie musiała kupować preparaty ze 100-proc. odpłatnością.**

Od 1 lipca obowiązuje nowa lista leków refundowanych. Dodano 113 preparatów, z których 40 było już refundowanych w 2011 roku. Wresz-

cie na liście pojawiły się preparaty dla chorych na cukrzycę – analogi insulinowe, m.in.: insulinum glargine (nazwa handlowa Lantus) i insulinum detemirum (nazwa handlowa Levemir). Do tej pory leki te były bardzo drogie, kosztowały powyżej 200 zł.

Od 1 lipca analogi insulinowe długo działające mają kosz-

tować od 75 do 90 zł. Niestety preparaty te będą refundowane tylko dla pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1, którzy stanowią zaledwie 10 proc. wszystkich diabetyków. Rozczarowanie wywołała także nieobecność na nowej liście leków inkretynowych – mimo wcześniejszych zapowiedzi Ministra Zdrowia. (as)

## Nie wykonujemy niezbędnych pomiarów

**Lekarzom, którzy zapominają o regularnych badaniach profilaktycznych, może pomóc prowadzenie listy kontrolnej.**

Na co dzień nie wszyscy lekarze dokonują profilaktycznych badań i pomiarów, co utrudnia identyfikację potencjalnych zagrożeń. Potwierdza to ankieta przeprowadzona wśród studentów Politechniki Warszawskiej. Pokazała ona, że lekarze rodzinni zapominają o liczeniu BMI i mierzeniu talii. Co prawda 60 proc. ankietowanych przyznało, że w czasie wizyty u lekarza POZ było pytanych o uzależnienia, ale zaledwie w 16 proc. przypadków potwierdza to wpis w dokumentacji medycznej. Sposób na przypomnienie o potrzebnych badaniach zaproponował lek. med. Jan Franczyk. Kilka lat temu opracował on i wprowadził w swoim gabinecie listę kontrolną (checklistę). Zawiera ona podstawowe dane dotyczące pacjenta: przebyte

choroby, pobyty w szpitalu, przypadki nowotworów w rodzinie, choroby przewlekłe, uczulenia. Najważniejszą jej częścią jest jednak pieczęć, tzw. „pięciolatka”, która ułatwia regularne wykonywanie pomiarów, m.in. wagi, wzrostu, ciśnienia, BMI, talii.

– Monitorujemy wyniki według indywidualnych potrzeb chorego, ale nie rzadziej, niż co pięć lat. Wystarczy postawić na karcie pieczęć i uzupełnić dane, np. dotyczące aktywności fizycznej czy uzależnień. To motywuje do pełnej profilaktyki – przekonuje autor pomysłu. Jak dodaje, checklista wcale nie jest zbędnym obciążeniem biurokratycznym, bo karta zakładana jest raz, a później tylko uzupełniana pieczętkami.

– Tu nie chodzi tylko o identyfikację prawdziwych problemów pacjenta. W razie kontroli NFZ mamy potwierdzenie, że prowadzimy badania profilaktyczne – podsumowuje Jan Franczyk. (dm)

## KRÓTKO

**Wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej wciąż rośnie i wynosi 30,1 mld zł, jest to wzrost o 7 proc.** w stosunku do roku poprzedniego. Jeszcze 4 lata temu wynosił on 26 mld zł. Według prognoz między 2012 a 2014 rokiem, rynek będzie się rozwijał w tempie około 5 proc. średnio rocznie. Aż 65% Polaków korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej. Statystycznie najczęściej korzystamy z prywatnych usług świadczonych przez dentystów i ginekologów. Na trzecim miejscu pod względem zainteresowania prywatnymi świadczeniami jest wykonywanie badań laboratoryjnych. (as)

**Na wizytę u specjalistów dziecięcych pacjenci czekają o miesiąc dłużej w porównaniu z rokiem poprzednim.** Najgorzej jest z dostępnością neurologów i kardiologów dziecięcych – wynika z raportu fundacji Watch Health Care. Z kolei znaczna poprawa nastąpiła w zakresie diagnostyki i terapii onkologicznej. Pacjenci czekają na badanie biopsji i operację usunięcia guzów maksymalnie dwa miesiące, podczas gdy jeszcze dwa lata temu okres oczekiwania na te zabiegi wynosił nawet pół roku. (as)

**Polska zajmuje 27 miejsce wśród 33 europejskich krajów w międzynarodowym rankingu badającym jakość usług medycznych.** W porównaniu z ubiegłorocznym zestawieniem polska służba zdrowia spadła o jedno miejsce. Ranking wygrała Holandia, tuż za nią są Dania i Islandia. Autorzy Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia, jako wady polskiego systemu ochrony zdrowia wymieniają długie kolejki, utrudniony dostęp do nowoczesnych terapii i wysoką umieralność na raka. Mocną stroną zaś jest wysoki odsetek szczepień wśród dzieci oraz niska umieralność na zawały serca. (as)

**Sprzedż na całym rynku aptecznym w pierwszych pięciu miesiącach 2012 roku spadła w porównaniu do 2011 roku o 5,5%.** w tym sprzedaż leków refundowanych aż o 22%. W stosunku do maja 2011 wzrost odnotowały segmenty leków na recepty pełnopłatne (17,4%) oraz sprzedaż odręczna (9,4%), spadła natomiast wartość sprzedaży leków na recepty refundowane (-16,8%). Wciąż utrzymuje się tendencja spadkowa sprzedaży wszystkich leków, zapoczątkowana przez wprowadzenie nowej ustawy refundacyjnej. (as)

# Minister Arłukowicz zapowiada rewolucję w NFZ

Cd. ze str. 1  
Szczególnie świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego i medycyny rodzinnej nie powinny być zróżnicowane regionalnie – to są przecież podstawy systemu ochrony zdrowia – mówi Bożena Janicka, prezes PPOZ.

Centralnie zarządzana miałaby pozostać również polityka zdrowotna kraju, natomiast decentralizacji podlegałyby świadczenia z zakresu AOS i szpitalnictwa. Tłumaczy się to tym, że potrzeby pacjentów w tym zakresie są zróżnicowane, przykładowo w Zakopanem powinno być więcej oddziałów urazowo-ortopedycznych, a w wielkich aglomeracjach więcej specjalistów zajmujących się chorobami cywilizacyjnymi. Środowisko lekarskie zwraca uwagę na fakt, że po wzmocnieniu pozycji oddziałów wojewódzkich nie można zapominać o zmodyfikowaniu sposobu wyboru dyrektorów oddziałów – O wyborze dyrektora oddziału powinna decydować bezstronna komisja, która bierze pod uwagę tylko kompetencje, a nie przynależność partyjną. Od lat apelujemy, że służba zdrowia powinna zostać odpolityczniona – mówi Bożena Janicka.

## Specjalista będzie kontaktował się z lekarzem rodzinnym

Zapowiadane zmiany nie dotyczą tylko samego funduszu, Bartosz Arłukowicz planuje między innymi zwiększyć współpracę między lekarzem rodzinnym, specjalistą a szpitalem. Minister zdrowia chce stworzyć komputerowy system, który zawiązałby funkcję przesyłania informacji o pacjencie między tymi trzema ogniwami.

– Od wymiany informacji między AOS a POZ zależy efektywność funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia, wprowadzenie specjalnego programu komunikacji usprawniłoby cały system, teraz między specjalistami a lekarzami rodzinnymi istnieje informacyjna przepaść – mówi Teresa Dobrzańska-Pielichowska, prezes Lubelskiego Związku Lekarzy

Rodzinnych-Pracodawców.

Pomysł wprowadzenia komputerowego systemu informacyjnego nie jest niczym nowym i wynika z wcześniejszych zobowiązań Polski z racji obowiązku wypełnienia norm unijnych. W czerwcu Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia podpisał o umowę na stworzenie Platformy Gromadzenia i Archiwizowania Danych Medycznych. Wykonania tego zadania podjęły się dwie firmy: Asseco Poland S.A. oraz Kamsoft S.A. Zgodnie z zapowiedziami CSIOZ, które koordynuje wprowadzenie e-administracji, elektroniczna platforma zawierająca m.in. historię choroby pacjenta ma ruszyć we wrześniu 2014 r.

## Kary zostaną?

Minister Arłukowicz unikał do tej pory jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o swój stosunek do zapisów o karach dla lekarzy. Podkreślał za to, że nie miał 100-procentowego wpływu na kształt zarządzenia, które zostało opracowane przez prezesa NFZ. Nadzieją na zniesienia przynajmniej części kontrowersyjnych zapisów może być ostatnie wystąpienie sejmowe wiceministra zdrowia Jakuba Szulca.

– Poszczególne przepisy, które są sformułowane w zarządzeniu, w tym także część z nich odnosząca się do kar umownych, powinny zostać w możliwie najkrótszym czasie zmienione – mówi Jakub Szulc. To by przeczyło dotychczasowemu stanowisku ministra w tej sprawie, które nie negowało konieczności karności lekarzy. Zmianie miałyby tylko ulec zasady kontroli, które byłyby dla lekarzy bardziej przejrzyste. MZ zapowiada, że kwestią ewentualnego zniesienia kar umownych zajmie się już nowy prezes NFZ.

## Koncepcja jest, konkretnych brak

Niestety mimo głośnych zapowiedzi do tej pory resort zdrowia nie wydał żadnego rozporządzenia, ani nawet projektu w tej sprawie, Ministerstwo podkreśla jednak, że proces legislacyjny jest w toku. – Obecnie trwają prace

## DOSSIER | 10 najbardziej niezbędnych zmian w polskim systemie ochrony zdrowia



Jacek Krajewski, prezes federacji Porozumienie Zielonogórskie

- Wprowadzenie pełnej informatyzacji w ochronie zdrowia w postaci systemu uwzględniającego nie tylko kwestię ubezpieczenia, ale i przebiegu choroby pacjenta
- Rozszerzenie autonomii oddziałów wojewódzkich NFZ
- Podniesienie składki zdrowotnej do 12%
- Wzmocnienie roli lekarza rodzinnego jako gate-keepera systemu
- Zwiększenie ilości skierowań do specjalistów, aby odciążać kolejki z pacjentów, którzy nie wymagają takich konsultacji
- Wprowadzenie systemu ubezpieczeń dodatkowych
- Zmniejszenie nakładów, które przeznaczone są na szpitale
- Więcej środków na profilaktykę i wyrabianie właściwych nawyków prozdrowotnych wśród polskich pacjentów
- Przeniesienie większej liczby procedur do otwartej opieki ambulatoryjnej, które nie wymagają hospitalizacji
- Zmiana koszyka świadczeń gwarantowanych na system bardziej czytelny i jednoznaczny.

## O wszystkim decydują słupki

**Bartosz Arłukowicz jest najgorzej ocenianym ministrem w rządzie.**

Aż 62 proc. badanych deklaruje negatywną opinię o szefie resortu zdrowia, pozytywnie ocenia go tylko 21 proc. Jeszcze miesiąc temu to Donald Tusk cieszył się najmniejszą popularnością. Z kolei obecnie najlepszym ministrem zdaniem respondentów jest Radosław Sikorski z poparciem 60 proc. ankietowanych – wynika z badania TNS Polska.

## WAŻNE

**Minister zdrowia uważa, że umowy na wystawianie recept refundowanych należy doprecyzować.** W czasie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej Bartosz Arłukowicz przyznał, że margines stwierdzania przez NFZ nieprawidłowości w wystawianiu recept jest zbyt szeroki, a odpowiedzialność lekarzy musi zostać doprecyzowana. (dm)

nad przygotowaniem stosownych aktów prawnych, które mają być podstawą do wprowadzenia zapowiadanych zmian. Jednak na tym etapie nie możemy udzielić żadnych szczegółowych informacji – mówi Agnieszka Gołąbek, rzecznik prasowy MZ.

Lekarze w większości popierają propozycje ministra, ale zwracają uwagę, że jak na razie pozostają one w sferze planów. Mają oni wątpliwości czy wszystkie te obietnice uda się zrealizować. – Nie zapoznaliśmy się z żadną spójną koncepcją, co i raz rzucane są w eter pojedyncze pomysły, za którymi jednak nie idą konkrety. Przełom czerwca i lipca to czas kiedy MZ planuje politykę na najbliższy rok, tak

więc to ostatni dzwonek na wprowadzenie tych zapowiedzi w życie – mówi Bożena Janicka.

Ministerstwo Zdrowia apeluje o cierpliwość podkreśla, że proponowane zmiany obejmą wiele różnych aspektów funkcjonowania NFZ. W efekcie trzeba przygotować odpowiednio dużo projektów aktów prawnych, których uchwalenie zajmuje określoną ilość czasu. Lekarze mają obawy, że mimo iż dotychczasowy prezes odejdzie, problemy w polskim systemie ochrony zdrowia zostaną. Jedyne co pozostaje, to wierzyć w zapewnienia ministra, że obietnice naprawy systemu uda się zrealizować. (as)

# Kardiologia ofiarą własnego sukcesu

Mimo że w ostatnich latach nastąpił ogromny postęp w zakresie leczenia pacjentów kardiologicznych, to statystyki przeżywalności po wypisaniu ze szpitala nie są już tak dobre. Jako powód wskazuje się brak komunikacji między kardiologami a lekarzami POZ.

Już po raz dziewiętnasty odbyła się Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna w Zabrzu – niekwestionowanej stolicy polskiej kardiologii. Bardzo dużym powodzeniem cieszyły się specjalne warsztaty dla lekarzy rodzinnych, które czterech lat wpisują się w program konferencji.

W tym roku sesje dla medycyny rodzinnej były poświęcone niewydolności serca, nadciśnieniu tętniczemu, zaburzeniom rytmu serca i dyslipidemii. Tematy te zostały wskazane przez samych lekarzy rodzinnych uczestniczących w konferencji w poprzednim roku. Wykładowcami na konferencji byli wybitni kardiologowie z całej Polski w tym także zajmujący się POZ – prof. Jerzy Korewicki, prof. Zbigniew Gaciong, prof. Hanna Szwed, prof. Jacek Dubiel. Współorganizatorem tej części konferencji od trzech lat jest Zakład Medycyny Rodzinnej Śląskiego UM kierowany przez prof. Witolda Lukasa.

## Profilaktyka wtórna kuleje

Organizatorzy konferencji podkreślają, że lekarz POZ jest bardzo ważnym elementem systemu opieki nad chorym, który cierpi na choroby



Sesje dla medycyny rodzinnej były poświęcone niewydolności serca, nadciśnieniu tętniczemu, zaburzeniom rytmu serca i dyslipidemii.

układu sercowo-naczyniowego. Jednak potencjał medycyny rodzinnej nie jest w pełni wykorzystany i mimo postępu w leczeniu inwazyjnym występuje stosunkowo wysoki odsetek powikłań u chorych krótko po ostrym zespole wieńcowym.

– Osiągnęliśmy w Polsce doskonałe wyniki w leczeniu OZW w okresie wewnątrzszpitalnym. Jesteśmy w czołówce Europy. Ten doskonały wstępny wynik jest niestety „gubiony” już w ciągu roku. Zarówno śmiertelność naszych chorych jak i nawroty zaostreżeń wieńcowych są w Polsce wyraźnie częstsze niż w krajach starej Unii. To wynik zaniedbań w zakresie reha-

bilitacji i szeroko rozumianej prewencji wtórnej, której wykonawcą powinien być lekarz rodzinny – mówi prof. Lech Poloński, wojewódzki konsultant w dziedzinie kardiologii i organizator konferencji.

Jednym z powodów wysokiego wskaźnika powikłań u pacjentów po OZW ma być niedostateczne przygotowanie lekarzy POZ. Prewencja wtórna nie jest łatwym zadaniem, czego świadomość mają sami lekarze rodzinni. Lekarze POZ są zgodni – wywiązywanie się z obowiązku profilaktyki wtórnej utrudnia brak przepływu informacji między nimi a kardiologami, którzy zresztą sami przyznają, że bardzo często nie mają czasu na sporządze-

nie jasnej i klarownej informacji zwrotnej, która mogłaby być źródłem praktycznych informacji dla lekarzy rodzinnych.

– Jedynym dokumentem medycznym z którym chory trafia do lekarza rodzinnego jest karta wypisowa. Jeżeli jest ona starannie przygotowana, to zawiera wszystkie potrzebne informacje. Niestety nie zawsze tak jest. Idealem byłoby sporządzenie krótkiego, pisemnego raportu z leczenia szpitalnego zawierającego wskazania dotyczące dalszego postępowania. Takie raporty otrzymują lekarze rodzinni w Niemczech – podkreśla Lech Poloński.

## System komputerowy rozwiąże problemy?

Rozwiązaniem problemu mogłoby być utworzenie w danym regionie specjalnych zespołów lekarzy rodzinnych i kardiologów, którzy mogliby się spotykać w celu konsultacji przypadków poszczególnych pacjentów.

– Idealnie byłoby gdyby zespoły powstały, jednak mamy świadomość, że byłoby to wielkie wyzwanie logistyczne. Dlatego naszym zdaniem zamiast tego można stworzyć komputerowy system przepły-

wu informacji, który znacznie uprościłby komunikowanie się między lekarzem POZ a kardiologiem – argumentuje Grzegorz Opolski, krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii.

Zgodnie z zapowiedziami Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia trwają prace nad utworzeniem Elektronicznej Platformy Gromadzenia i Udostępniania Danych Medycznych. Jej funkcjonowanie będzie opierać się na indywidualnych kontaktach pacjentów, które będą zawierać m.in. dokumentację medyczną, wyniki badań laboratoryjnych czy chociażby pliki obrazowe tych badań – a więc informacje, które do tej pory były dla lekarzy rodzinnych trudno dostępne. We wrześniu 2014 r. – w momencie zapowiedzianego uruchomienia systemu – ma się to zmienić.

Lekarze POZ deklarują, że zauważają potrzebę objęcia większą opieką pacjentów kardiologicznych, jednak są świadomi, że przy obecnym sposobie komunikacji z kardiologami, a właściwie jej braku, mają ograniczone pole działania. (as)

XIX Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna w Zabrzu, 25-26 maja

## Nowe obowiązki lekarza POZ zahamują wzrost zachorowalności na raka?

WHO alarmuje, że za dziesięć lat aż o 75 proc. zwiększy się zachorowalność na nowotwory. Już teraz rak jest na drugim miejscu pod względem śmiertelności.

Dziwi fakt, że najwięcej zgonów powodują nowotwory, do których zdiagnozowania istnieją bardzo skuteczne metody badań przesiewowych. Na mammografię zgłasza się zaledwie 35 proc. kobiet, natomiast na cytologię tylko 25 proc. .

Od 2005 r. funkcjonuje Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, w ramach którego prowadzono liczne akcje mające zachęcić

Polaków do korzystania z badań kontrolnych. Niestety dotychczasowe sposoby motywowania, takie jak wysyłanie listów czy zaproszeń do pacjentów okazały się zupełnie nieskuteczne. Szczególnie w małych miejscowościach skuteczność tej akcji okazała się znikoma. W efekcie w ostatnich dwudziestu latach liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych zwiększyła się dwukrotnie.

– Obecny program zwalczania nowotworów jest nieskuteczny, ponieważ nie stanowi żadnej spójnej koncepcji, powinno się promować model oddolnej profilaktyki, która

opiera się na stałym kontakcie z pacjentem – mówi prof. Marek Pawlicki, konsultant wojewódzki onkologii. Niedawno pojawiła się inicjatywa, która zakłada wykorzystanie potencjału lekarzy rodzinnych w profilaktyce nowotworowej. Środki, które teraz przeznaczane są na nieskuteczne metody profilaktyki, mogą zostać przekierowane do medycyny rodzinnej. Lekarze POZ nie mówią „nie” temu pomysłowi.

– Idea sama w sobie jest zła. Lekarz rodzinny ma bezpośredni, częsty kontakt z pacjentem, można by to wykorzystać. Poza tym w małych

miejscowościach ciężko o specjalistę, natomiast świadczenia medycyny rodzinnej są raczej powszechnie dostępne – argumentuje Anna Kozicka, lekarz z Krakowa. Wątpliwości wzbudza jedynie forma w jakiej obowiązek prowadzenia profilaktyki nowotworowej miałby zostać przypisany lekarzowi rodzinnemu. (as)

## DOSSIER

- Według NFZ leczenie jednej pacjentki chorej na raka piersi na Lubelszczyźnie kosztuje ponad **40 tys. zł rocznie**.
- W województwie małopolskim w ubiegłym roku na chemioterapię niestandardową i leki onkologiczne **wydano 100 mln zł**.
- W 2009 roku na leczenie nowotworów NFZ przeznaczył około **2 mld zł**.

## NRL prosi o wsparcie europejskich lekarzy

Prezes Maciej Hamankiewicz napisał list do organizacji lekarzy z 46 państw z prośbą o poparcie protestu.

W piśmie jest mowa o nowych obowiązkach ustalania poziomu odpłatności leku oraz o sankcjach finansowych, jakimi zostali obciążeni polscy lekarze. – Z mojego punktu widzenia nie sądzę, by wysyłanie listów coś pomogło. – mówi Andrzej Koc, lekarz rodzinny z Opola. NRL zapewnia jednak, że organizacje zrzeszające lekarzy już nieraz pokazały, że ich działanie jest skuteczne. – W trakcie protestu pieczętowanego europejskie organizacje wysyłały do polskich władz liczne apele – mówi Milena Kruszevska z NRL. (as)

# Lekarz źródłem informacji dla pacjenta

IV Kongres Medycyny Rodzinnej zmierzył się m.in. z tematem obowiązków lekarzy POZ wynikających z coraz częstszych zagranicznych wyjazdów pacjentów.

Okazuje się, że to na lekarzach POZ najczęściej spoczywa obowiązek medycznego nadzorowania wyjazdów, zwłaszcza do krajów tropikalnych, o wysokim ryzyku zakażeń wirusami. – Nawet w państwach leżących w obrębie tej samej strefy klimatycznej obserwuje się znaczne różnice w endemiczności chorób zakaźnych, co wymaga kompleksowej profilaktyki – przestrzega prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon z Oddziału Zakaźnego I Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu. Problem jest coraz istotniejszy, bo liczba podróży zagranicznych wzrasta co roku o 30 proc.

## Pacjent nie ułatwia zadania

Podstawowym źródłem informacji na temat zachowania bezpieczeństwa w czasie wyjazdu jest dla pacjenta wizyta u lekarza. Często okazuje się, że wcześniej turyści nie zdają sobie sprawy, jak ważny jest kierunek ich wycieczki, jej długość czy termin wyjazdu.

– Pacjenci często nie są przygotowani do takiej rozmowy, oczekując od lekarza jedynie leków, które zagwarantują im dobre samopoczucie – mówi płk prof. nadzw. Krzysztof Korzeniewski z Zakładu Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej Wojskowego Instytutu Medycznego w Gdyni. Podobnie jest już po powrocie do kraju, kiedy pacjenci ignorują obowiązek poinformowania lekarza o wszystkich potencjalnie niebezpiecznych sytuacjach, które zdarzyły się w czasie wyjazdu, co znacznie utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia trafną diagnozę i wdrożenie leczenia.

– W czasie wywiadu pacjenci pomijają lub celowo zatają niektóre, czasem krępujące informacje – podkreśla prof.



Kongres był dobrą okazją do pogłębienia kompetencji i nazwiania nowych kontaktów

Korzeniewski. Do takich wstydlivych sytuacji należą np. przygodne kontakty seksualne w czasie wyjazdu czy doznane obrażenia ciała. Dlatego tak ważne jest, aby wywiad zebrany po powrocie był jak najbardziej szczegółowy. Większość dolegliwości ujawnia się co prawda w ciągu kilku lub kilkunastu dni, ale w niektórych okres wylegania wynosi nawet sześć miesięcy.

## Szczepienia działają szybciej, niż myśleliśmy

Wielu niebezpieczeństw i zachorowań można jednak uniknąć, jeśli zastosuje się odpowiednią profilaktykę. Oczywiście odpowiednie przygotowanie nie eliminuje w całości ryzyka, ale może je znacząco zmniejszyć. Podstawowym krokiem są w tym przypadku szczepienia profilaktyczne. Przed wyjazdem każdy podróżujący powinien uzupełnić swoje szczepienia o te, które są obowiązkowe w docelowym kraju. Dotyczy to przede wszystkim wyjazdów w tropiki.

– W praktyce obowiązek ten dotyczy

szczepień przeciwko żółtej febrze i dwóm zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych. Dobrze jest również wykonać szczepienia zalecane na danym terenie, np. przeciw durowi brzuszemu i wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B – wylicza prof. Simon. Dodaje, że właśnie wirusowe zapalenie wątroby jest najczęstszą chorobą notowaną w czasie wyjazdów do strefy tropikalnej, można przed nią skutecznie zabezpieczyć. Mimo obaw, że szczepienia wykonane pod presją czasu mogą nie zadziałać.

– Ostatnie badania wskazują, że odporność po podaniu szczepionki może się wytworzyć bardzo wcześnie, nawet

wtedy, gdy poziom przeciwciał ochronnych nie przekroczył jeszcze poziomu wykrywalności – wyjaśnia.

## Tylko kompleksowa profilaktyka jest skuteczna

Innym istotnym zagrożeniem są dla podróżnych choroby przenoszone przez owady, tzw. transmisyjne, które wymagają zastosowania chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia cztery leki, które stosuje się w razie wyjazdu do kraju ryzyka wystąpienia malarii.

– Należy zwrócić szczególną uwagę na to, żeby przyjmować je jeszcze przed wyjazdem: w zależności od leku 1-2 dni lub nawet 2 tygodnie wcześniej. Podobnie zaleca się nieodstawianie ich przez 4 tygodnie po powrocie – podkreśla prof. Korzeniewski. Oczywiście leki na nic się zdają, jeśli lekarz w czasie wizyty podróźnej nie uczuli pacjenta na potencjalne zagrożenia. W rozmowie powinien uwzględnić podstawowe kwestie: zachowanie higieny osobistej, unikanie surowych potraw i picie tylko butelkowanej wody oraz zalecenia wynikające z chorób przewlekłych i wieku danego pacjenta.

– Tylko kompleksowa profilaktyka połączona z edukacją może być skutecznym narzędziem zapobiegającym zakażeniom i innym chorobom związanym z wyjazdami zagranicznymi – podsumowuje prof. Simon. (dm)

IV Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, 24-25 maja 2012, Karpacz

## Prezentacje w ramach sesji doniesień ustnych w czasie IV Kongresu PTMR

■ **Agnieszka Mastalerz-Migas, Andrzej Steciwko**  
Częstość występowania zaburzeń funkcji nerek w populacji pacjentów praktyki lekarza rodzinnego – doniesienie wstępne

■ **Maria Magdalena Bujnowska-Fedak, Bartosz Sapiłak**

Potrzeby i poglądy ludzi w podeszłym wieku w zakresie korzystania z narzędzi telemedycznych i usług zdrowotnych typu e-Health

■ **Renata Krupa, K. Życińska, K.M. Hadzik-Błaszczyk, M. Wiktorowicz, A. Nitsch-Osuch, T. Rusinowicz, S. Zarzycki, A. Wardyn**

Ocena przydatności analizy torów gorączkowych w grupie pacjentów z klasyczną gorączką niejasnego pochodzenia

■ **Bartosz J. Sapiłak, Edward Szablewski, Moni-**

**ka Melon-Sapiłak, Magdalena Bujnowska-Fedak, Andrzej Steciwko**

Ocena przydatności oznaczeń białka C-reaktywnego metodami ilościową i ilościową w diagnostyce infekcji górnych dróg oddechowych

■ **Bożena Mroczek, Aleksandra Witsanko, Elżbieta Grochans Iwona Rotter, Maria Jasińska, Anna Jurczak, Katarzyna Żułtak-Bączkowska**

Wpływ reklam na zakup leków bez recepty przez osoby powyżej 60 roku życia

■ **Ewa Kemicer-Chmielewska, Katarzyna Żułtak-Bączkowska, Iwona Rotter, Artur Kotwas, Maria Jasińska**

Wpływ wybranych czynników na częstotliwość korzystania z wizyt u lekarza POZ

## OPINIA ORGANIZATORA | Kongres cieszył się dużym zainteresowaniem



Prof. dr hab. Andrzej Steciwko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Jak co roku kongres był wspaniałą okazją do zaprezentowania przez liczne grono wykładowców najnowszych osiągnięć w zakresie diagnostyki i terapii w różnych dyscyplinach i specjalnościach medycznych. Ponadto na imprezach towarzyszących można było wspólnie spędzić niezapomniane chwile i nawiązać nowe przyjaźnie.

Podczas tego Kongresu odbyło się 10 sesji plenarnych, 12 satelitarnych oraz 6 sesji plakatowych. Wszystkie cieszyły się dużym zainteresowaniem, a szczególnie te dotyczące wadcynologii, hipertensjologii, nefrologii i diabetologii oraz sesje zagadnień prawnych w praktyce lekarza rodzinnego. Szczególnie popularna była sesja dotycząca najnowszych doniesień z zakresu stosowania witaminy D3 i jej wpływu na przemiany metaboliczne w organizmie. Nowości dotyczyły tu zaleceń wobec dorosłych pacjentów, szczególnie w wieku podeszłym, u których podawanie witaminy D3 może wspomagać terapię nadciśnienia czy cukrzycy. Dotąd skupialiśmy się na roli witaminy w przypadku dzieci. Równie ważnym elementem programu były warsztaty, które pozwoliły na praktyczne zweryfikowanie swoich umiejętności. W czterech grupach lekarze rodzinni mogli uczyć się podstaw badania USG, nie tylko w zakresie badania gruczołów, ale też np. kości. Około 80 lekarzy skorzystało z warsztatów w zakresie spirometrii i leczenia tlenem.

Na pewno możemy cieszyć się z tego, że otrzymaliśmy wiele zgłoszeń prezentacji, nie tylko od pracowników związanych z ośrodkami akademickimi. Najlepsza dziesiątka została zaprezentowana w formie ustnej. Pozostałe przedstawiliśmy na 4 sesjach plakatowych. Autorzy najciekawszych prac poglądowych i oryginalnych z sesji plakatowych zostali wyróżnieni i otrzymali cenne dyplomy i nagrody. Tegoroczny kongres przyciągnął ponad 1900 lekarzy. Wielu uczestników deklarowało swój udział w kolejnym kongresie, który odbędzie się we Wrocławiu za rok.

# Antybiotykoterapia w pediatrii – współczesne problemy, przed którymi staje lekarz

W dobie rosnącej oporności bakterii na antybiotyki oraz realizowanego w Polsce od 2004 roku Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, lekarze w swojej codziennej pracy w podstawowej opiece zdrowotnej stają przed dylematem, czy powinienem wypisać antybiotyk, czy nie?

dr n. med. **Agnieszka Muszyńska**,  
lekarz rodzinny  
Zakład Alergologii, Katedra  
Zdrowia Publicznego AM  
we Wrocławiu Kierownik: dr hab.  
Andrzej M. Fał, prof. nadzw.

## Streszczenie

Przestrzeganie zasad racjonalnej antybiotykoterapii przez lekarzy jest ważnym działaniem na rzecz ochrony antybiotyków. Rosnąca oporność drobnoustrojów na leki przeciwbakteryjne jest wynikiem m.in. nadużywania antybiotyków lub stosowania leków o niewłaściwym spektrum działania, w zbyt małych dawkach lub przedwczesnego przerywania terapii. Problem ten jest szczególnie zauważalny w grupie dzieci. Niniejszy artykuł omawia najważniejsze ogólne zasady prawidłowej antybiotykoterapii.

**Słowa kluczowe:** antybiotykoterapia, dzieci, zapalenie ucha środkowego, zapalenie gardła

## Summary

The compliance the rules of rational antibiotic therapy by doctors is an important activity for the reducing the consumption of antibiotics. The increasing resistance of bacteria to antibiotics is the result of their overuse or use the medicines with wrong spectrum, too low doses or interruption of therapy. This problem is particularly observed in pediatric patients. In this article the main rules of rational antibiotic therapy.

**Key words:** antibiotic therapy, children, acute otitis, acute pharyngitis

Pacjenci, zwłaszcza dzieci, zbyt często otrzymują receptę na antybiotyk, mimo braku jednoznacznych wskazań. Aby zminimalizować ryzyko pomyłki należy kierować się zasadami racjonalnej antybiotykoterapii:

**1. Ocena wskazań do antybiotykoterapii** – stanowi kluczowy element w podejmowaniu decyzji terapeutycznej. Z pozoru prosta odpowiedź na pytanie „Kiedy zastosować antybiotyk” brzmiąca: „jeśli występuje infekcja bakteryjna”, niejednokrotnie nie jest tak prosta w praktyce klinicznej. Ocenę przeprowadzamy najczęściej wyłącznie na podstawie danych z badania podmiotowego i przedmiotowego.

**Badania podmiotowe** (wywiad lekarski) stanowi kluczowy element w procesie diagnostycznym. Za tłem bakteryjnym przemawia długi czas trwania objawów, bez poprawy lub pogorszenie stanu zdrowia mimo pierwotnej poprawy, zmiana charakteru i nasilenia objawów, wiek pacjenta (wynikająca z badań epidemiologicznych częstość poszczególnych etiologii zakażenia charakterystyczna dla danej grupy wiekowej), obecność lub brak objawów do-

datkowych, ponowne pojawienie się gorączki po jej wcześniejszym spadku itp.

Dokładne **badanie przedmiotowe** pozwala na potwierdzenie danych z wywiadu oraz stwierdzenie dodatkowych objawów naprowadzających na właściwe tło infekcji.

Charakterystyczne dla bakteryjnego lub wirusowego tła objawy wystarczają do tego, żeby przyjąć określoną etiologię za najbardziej prawdopodobną i wdrożyć prawidłowe leczenie. Dla przykładu, w ostrym zapaleniu gardła i migdałków do oceny prawdopodobieństwa zakażenia *S. pyogenes* wykorzystuje się punktową skalę Centora/McIsaac.

**Badania dodatkowe** – w przypadkach wątpliwych, jeśli pozwalała na to stan pacjenta, należy zlecić wykonanie badań dodatkowych (morfologia, CRP, wymazy). Dostępne są także szybkie testy, które mogą być wykonywane w gabinecie lekarskim już podczas wizyty, a uzyskane wyniki ułatwiają postawienie właściwego rozpoznania (CRP, StrepA test, badanie paskowe moczu). Lekarz powinien jednak traktować ich wyniki jako uzupełnienie diagnostyki i zawsze uwzględniać stan kliniczny pacjenta i nie może stawiać rozpoznania wyłącznie na podstawie wyników szybkich testów diagnostycznych.

**2. Dobór właściwego antybiotyku** – jeśli istnieją wskazania do antybiotykoterapii lekarz musi dokonać wyboru odpowiedniego antybiotyku, uwzględniając wyniki badań epidemiologicznych oraz wiek chorego, a także alergię na leki. Leczenie należy rozpoczynać antybiotykami pierwszego rzutu, a w przypadku braku powodzenia terapii sięgać po leki drugiego wyboru.

**3. Dobór właściwej dawki antybiotyku** – jest to istotne, szczególnie u dzieci, z uwagi na ryzyko przedawkowania leku i zwiększenia ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, ale także na leczenie dawką zaniżoną – nieskuteczną terapeutycznie. Aby właściwa dawka została wchłonięta należy uwzględnić drogę podania (np. droga pozajelitowa w przypadku wymiotów) oraz formę le-

ku (zawiesina, tabletki, kapsułki), a także poinstruować pacjenta lub rodzica co do czasu podawania (liczba dawek w ciągu doby, odpowiednie odstępy między dawkami, zależność od spożytego posiłku itp). Preferowana jest droga doustna i zawsze należy dążyć do jak najszybszego podawania antybiotyku tą drogą. Wszystkie te elementy mają ogromny wpływ na skuteczność antybiotyku.

**4. Właściwy czas stosowania antybiotyku** – zależy on od choroby podstawowej, stanu pacjenta, rodzaju antybiotyku. Obowiązkiem lekarza jest poinstruować pacjenta, żeby nie kończył terapii przed wskazanym czasem (np. zaraz po ustąpieniu objawów). W przypadku dzieci zaleca się wizytę kontrolną przed zakończeniem antybiotykoterapii, podczas której lekarz może dokonać oceny możliwości jej zakończenia lub konieczności przedłużenia.

**5. Włączenie synbiotyku podczas antybiotykoterapii** – jest istotne w celu uniknięcia objawów niepożądanych antybiotykoterapii. Znajdująca się w przewodzie pokarmowym flora bakteryjna stanowi barierę ochronną organizmu. Przyjmowanie antybiotyku powoduje zaburzenie równowagi flory bakteryjnej, co w konsekwencji może prowadzić do osłabienia organizmu i zaburzeń ze strony układu pokarmowego (np. biegunki, bóle brzucha). W celu uniknięcia lub wyeliminowania powyższych objawów, należy podczas antybiotykoterapii podawać równocześnie probiotyki. Innowacyjną propozycją jest połączenie kilku szczepów probiotycznych z prebiotykiem. Dobrym przykładem tego typu preparatów jest Symbiotic Plus. Jest to połączenie najlepiej przebadanych szczepów probiotycznych tj. *Lactobacillus rhamnosus GG* oraz *Saccharomyces boulardii* z błonnikiem (*Inulina*). Jako funkcjonalna całość pomaga odbudować korzystną florę jelitową podczas antybiotykoterapii oraz przeciwdziałać występowaniu objawów ubocznych w trakcie i po antybiotykoterapii. Synbiotyki charakteryzują się wysoką skutecznością odtwarzania naturalnej flory jelito-

Tabela 1. Skala Centora/McIsaac

Parametr	Liczba punktów
Gorączka >38°C	1
Brak kaszlu	1
Powiększone węzły chłonne szyjne przednie	1
Nalot włóknikowy i obrzęk migdałków	1
Wiek 3-14 lat	1
Wiek 15-44 lat	0
Wiek >45 lat	-1

Na podstawie powyższej skali lekarz może ocenić ryzyko zakażenia *S. pyogenes* i dostosować postępowanie terapeutyczne do wyniku:

0-1 punktów – prawdopodobieństwo małe, leczenie objawowe

2-3 punkty – wskazane badanie bakteriologiczne: wymaz lub szybki test (Strep A test) i w zależności od wyniku decyzja o leczeniu

4-5 punktów – antybiotykoterapia z ewentualną diagnostyką mikrobiologiczną

wej oraz dużą zdolnością do kolonizacji jelit. Szczegółowe wytyczne stosowania antybiotykoterapii w zakażeniach układu oddechowego zostały zebrane przez grupę ekspertów w dokumencie „Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2010”, który jest szczególnie dedykowany dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W rekomendacjach autorzy położyli nacisk na różnicowanie infekcji bakteryjnej od wirusowej, a także na dobór właściwego leku przeciwbakteryjnego w odpowiedniej dawce, jeśli u pacjenta występują wskazania do jego zastosowania. W przypadku zakażeń innych układów powinniśmy się kierować rekomendacjami antybiotykoterapii na dany rok, gdyż są one uaktualniane zgodnie z najnowszymi wynikami badań epidemiologicznych.

Uwzględniając powyższe ogólne zasady racjonalnej antybiotykoterapii, należy rozważyć wskazania do niej dla każdego małego pacjenta indywidual-

nie. Najczęściej lekarz ma wątpliwości w przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego. Szczegółowe wytyczne dla poszczególnych zakażeń są ujęte w „Rekomendacjach”, ale z uwagi na częstość występowania w codziennej praktyce, niektóre z nich zostaną omówione w niniejszym artykule.

### Ostre zapalenie ucha środkowego u dzieci

Jednostka ta występuje co najmniej raz u znacznej większości dzieci do lat 3. Szczyt zachorowań przypada pomiędzy 6. a 12. miesiącem życia. Tak duża częstość występowania w wieku niemowlęcym wynika z odrębności anatomicznych, charakterystycznych dla tego okresu rozwojowego. Szeroka i krótka trąbka Eustachiusza, łatwo ulegająca obrzękowi, stanowi dobrą drogę szerzenia się wirusowych infekcji nosogardła. Ryzyko zapalenia ucha środkowego jest szczególnie wysokie u noworodków, niemowląt i małych dzieci z katarą. Choroba ma najczęściej podłoże wirusowe, a ewentualne tło bakteryjne jest zwykle wtórne. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie wywiadu od rodziców oraz badania fizykalnego. Charakterystyczne jest pojawienie się objawów 3-4 dni od początku infekcji nosogardła. Występuje ból, który jest zgłaszany przez dzieci starsze, a u młodszych może być powodem tarcia, pociągania ucha przez dziecko, nagłego płaczu podczas ssania, zwiększonej płaczliwości i pobudliwości niemowlęcia. Bólowi może towarzyszyć wyciek z ucha, gorączka oraz zaburzenia apetytu i wymioty. Z uwagi na niespecyficzność objawów u niemowląt zaleca się wykonywanie badania otoskopowego podczas każdego badania pediatrycznego. W otoskopii stwierdza się zaczerwienienie błony bębenkowej, czemu może towarzyszyć zmatowienie, z widocznym poziomem płynu w uchu środkowym lub wypuklenie błony. Leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci ma przede wszystkim na celu redukcję objawów. Zaleca się leczenie przeciwgorączkowe, przeciwbólowe (paracetamol) i przeciwzapalne (ibuprofen od 3. miesiąca życia). Antybiotykoterapia jest zalecana w ściśle określonych okolicznościach, a w przypadku ich nieobecności – zaleca się wyłącznie leczenie objawowe oraz tzw. „czujne wyczekiwanie” (ang. watchfull waiting), polegające na obserwacji dziecka i kontroli lekarskiej podczas stosowania leków objawowych. Natychmiastowe włączenie antybiotyku w ostrym zapaleniu ucha środkowego jest zalecane:

- dzieci, które nie ukończyły 6. miesiąca życia
- dzieci z wysoką gorączką i wymiotami
- dzieci poniżej 2. roku życia z obustronnym zapaleniem ucha środkowego
- chorych z wyciekami z ucha

Lekiem pierwszego wyboru jest amoksylicyna, która powinna być stosowana w dużych dawkach, z uwzględnieniem oporności pneumokoków na małe dawki leku. Dawka amoksylicyny dla dzieci o masie ciała powyżej 40 kg wynosi 1500-2000 mg 12 godz., a u dzieci mniejszych: 75-90 mg/kg/dobę w dwóch dawkach. Czas leczenia powinien wynosić 10 dni dla dzieci poniżej 2. roku życia, a w przypadku dzieci starszych można go skrócić do 5 dni, jeśli obraz kliniczny na to pozwala. W przypadku nietolerancji lub reakcji nadwrażliwości typu późnego zalecane są cefalosporyny, a szczególnie aksetyl cefuroksymu lub ceftriakson, natomiast w przypadku wystąpienia reakcji typu natychmiastowego – makrolidy: klarytromycyna przez 10 dni: u dzieci o masie ciała powyżej 40 kg w dawce 250-500 mg co 12 godz., a u dzieci o masie poniżej 40 kg 15 mg/kg/dobę w dwóch dawkach podzielonych lub azytromycyna u dzieci o masie ciała poniżej 40 kg w jednorazowej dawce 30 mg/kg. Amoksylicyna z kwasem klawulanowym zalecana jest w przypadku niepowodzenia podczas leczenia antybiotykami pierwszego rzutu lub podczas nawrotu zakażenia w ciągu siedmiu dni. Zaleca się wówczas wybór preparatów zawierających dużą dawkę amoksylicyny.

### Ostre zapalenie gardła i migdałków u dzieci

Ostre zapalenie gardła u dzieci powyżej 3. roku życia ma w około 80% podłoże wirusowe. Wśród patogenów bakteryjnych najważniejszym jest *S. pyogenes*, a zakażenia przez niego wywołane występują głównie u dzieci w wieku 5-15 lat. Kluczowe jest różnicowanie etiologii zakażenia na podstawie wywiadu oraz badania przedmiotowego, gdyż wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych nie zawsze jest możliwe w krótkim czasie. Na uwagę zasługują wyniki badań, w których zaobserwowano, że opóźnienie rozpoczęcia antybiotykoterapii w przypadku paciorkowcowego zapalenia gardła nie zwiększa ryzyka powikłań.

Przydatna w codziennej praktyce jest skala Centora/McIsaaca zaprezentowana we wcześniejszej części niniejszego artykułu. W przypadku braku ewidentnych cech wskazujących na tło bakteryjne zaleca się leczenie objawowe oraz ponowne badanie lekarskie dziecka w ciągu 1-3 dni. Jeśli natomiast wynik badania przedmiotowego, przedmiotowego oraz liczba punktów skali wskazują z dużym prawdopodobieństwem na bakteryjne tło infekcji, należy włączyć antybiotyk już podczas pierwszej wizyty.

Lekiem pierwszego wyboru w zakażeniach wywołanych przez *S. pyogenes* jest fenoksymetylopenicylina, która powinna być stosowana doustnie w dawkach: u dzieci o masie ciała powyżej 40 kg w dawce 2-3 mln j.m./dobę w 2

dawkach podzielonych, natomiast u dzieci o masie ciała poniżej 40 kg w dawce 100 000-200 000 j.m./kg/dobę w 2 dawkach podzielonych. Zalecany czas leczenia wynosi 10 dni. W przypadku nadwrażliwości natychmiastowej na betalaktamy lekami z wyboru są makrolidy, przy czym powinny być one zarezerwowane wyłącznie dla tej grupy pacjentów. W przypadku braku skuteczności terapii lub nawrotu paciorkowcowego zapalenia gardła zaleca się zastosowanie amoksylicyny z kwasem klawulanowym lub klindamycyny.

### Ostre zapalenie jam nosowych i zatok przynosowych u dzieci

Ostre, najczęściej o podłożu wirusowym, zapalenie błony śluzowej nosa praktycznie zawsze obejmuje także błonę śluzową zatok przynosowych. Choroba zwykle przebiega w sposób łagodny i charakteryzuje się zaczerwienieniem, obrzękiem i wzmożoną produkcją wydzieliny zapalnej przez błonę śluzową nosa i zatok. Objawy, które odczuwa pacjent, to narastająca niedrożność nosa, pieczenie, drapanie lub świąd, kichanie oraz obecność wydzieliny, początkowo rzadkiej, wodnistej i bezbarwnej, która w miarę rozwoju choroby ulega zęszczeniu. U noworodków i niemowląt, z uwagi na odmienności anatomiczne oraz niemożność skutecznego wydmuchania nosa, mogą pojawić się: sapka oraz trudności z oddychaniem podczas ssania.

Choroba ma najczęściej charakter samoograniczający się, ale z uwagi na wymienione powyżej uwarunkowania, u małych dzieci często dochodzi do powikłań w postaci ostrego zapalenia ucha środkowego lub szerzenia się infekcji „w dół” i rozwoju zapalenia oskrzeli. Najczęstsze – wirusowe – tło infekcji nie wymaga włączenia antybiotykoterapii u większości pacjentów, przynajmniej na początku choroby. Zaleca się jednak leczenie objawowe – przeciwważpalne, przeciwgorączkowe. Ważną rolę odgrywają leki obkurczające błonę śluzową nosa, które redukują obrzęk nosa poprzez skurcz i zmniejszenie przepuszczalności naczyń krwionośnych. Leki te (np. ksylometazolina, oksymetazolina), w odpowiednich stężeniach, mogą być podawane miejscowo (krople, żele, aerozole, maść) już w okresie noworodkowym. Leki o działaniu ogólnym (pseudoeferyna i fenylefryna) są zalecane po 6-7. roku życia. U dzieci młodszych ich stosowanie jest dopuszczalne, ale wyłącznie w małych dawkach i z zachowaniem szczególnej ostrożności. Są jednak bezwzględnie przeciwwskazane w pierwszym roku życia. Z leków miejscowych potwierdzoną skuteczność kliniczną wykazują także glikokortykosteroidy donosowe (flutikazon i budezonid), które zmniejszają obrzęk błony śluzowej oraz wykazują działanie przeciwzapalne i ich krótkotrwałe stosowa-

nie istotnie zmniejsza nasilenie objawów. Antybiotykoterapia jest wskazana jedynie w przypadku ciężkiego przebiegu zakażenia (silny ból twarzy, gorączka powyżej 39°C), braku poprawy po 7-10 dniach leczenia objawowego lub wystąpieniu pogorszenia stanu klinicznego po wcześniejszej poprawie oraz jeśli wystąpią powikłania. Antybiotykiem pierwszego wyboru jest amoksylicyna, z uwagi na jej skuteczność wobec *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae* – najczęstszych patogenów bakteryjnych, będących przyczyną nadkażeń.

Oprócz leczenia farmakologicznego kluczowe znaczenie ma prawidłowa higiena nosa i usuwanie zalegającej wydzieliny. Jest to szczególnie ważne u noworodków i niemowląt.

### Pozaszpitalne zapalenie płuc u dzieci

Według WHO za pozaszpitalne zapalenie płuc u dzieci do 5. roku życia uznajemy infekcję dolnych dróg oddechowych, z charakterystycznymi objawami klinicznymi, z których istotne znaczenie ma charakter i liczba oddechów na minutę. Najczęściej choroba ta występuje właśnie przed 5. rokiem życia i ma tym częściej podłoże wirusowe, im młodsze jest dziecko, wyłączając z tej zasady okres noworodkowy. U dzieci starszych w około 50% choroba ma etiologię bakteryjną, przy czym oprócz bakterii typowych (*S. pneumoniae*) duży odsetek stanowią infekcje atypowe. W okresie noworodkowym bakterie odpowiedzialne są za prawie 100% zakażeń. Obraz kliniczny choroby nie jest charakterystyczny i zależy od wieku dziecka. Charakterystyczne objawy to kaszel, gorączka, tachypnoe (częstość oddechów > 60/min. u dzieci poniżej 2. m. ż., > 50/min. w wieku 2-12. m. ż. i > 40/min. Powyżej 12. m. ż. według WHO), duszność, której zwykle towarzyszy wciąganie międzyżebry. Osluchowo słyszalne są świsty i trzeszczenia. Obraz kliniczny pozwala jedynie na podejrzenie choroby, na podstawie którego zaleca się włączenie leczenia. W przypadku stabilnego stanu klinicznego nie zaleca się rutynowo zdjęcia RTG klatki piersiowej.

Leczenie objawowe polega na podawaniu leków przeciwgorączkowych i przeciwzapalnych, odpowiedniej pielęgnacji dziecka, w tym zapewnieniu mu dogodnej pozycji oraz dostępu świeżego, chłodnego powietrza, przy jednoczesnym właściwym ogrzaniu dziecka. Stosowanie leków przeciwhistaminowych i przeciwkaszlowych jest wątpliwe, z uwagi na dostępne wyniki wielu badań klinicznych.

Antybiotykoterapia stanowi ważny element leczenia dzieci z pozaszpitalnym zapaleniem płuc. Wybór odpowiedniego antybiotyku oraz droga podania uzależnione są od podejrzanego podłoża infekcji, wieku dziecka oraz jego stanu klinicznego.

# SymBIOTIC PLUS

## ANTYBIOTYK + SYNBIOTYK ZAWSZE RAZEM



### WSKAZANY DO POSTĘPOWANIA DIETETYCZNEGO PODCZAS ANTYBIOTYKOTERAPII.

**ODPOWIEDNIO DOBRANE WYSOKIE DAWKI:**

**Saszetki dla dzieci:**

*Lactobacillus rhamnosus GG* - 3 mld CFU\*  
*Saccharomyces boulardii* - 1,250 mld CFU\*  
Inulina - 25 mg

**Kapsułki dla dorosłych:**

*Lactobacillus rhamnosus GG* - 6 mld CFU\*  
*Saccharomyces boulardii* - 2,5 mld CFU\*  
Inulina - 50 mg

#### INFORMACJE O PRODUKCIE

**SymBIOTIC Plus dla dzieci saszetki**

**SymBIOTIC Plus dla dorosłych kapsułki**

**STATUS PRODUKTU:** Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. **SKŁAD:** Jedna saszetka zawiera: 3 miliardy komórek bakterii szczepu *Lactobacillus rhamnosus GG*, 1,25 miliarda komórek drożdży szczepu *Saccharomyces boulardii* oraz 25mg *Inuliny*. Jedna kapsułka zawiera: 6 miliardów komórek bakterii szczepu *Lactobacillus rhamnosus GG*, 2,5 miliarda komórek drożdży szczepu *Saccharomyces boulardii* oraz 50mg *Inuliny*.

**DO POSTĘPOWANIA DIETETYCZNEGO:** w celu formowania korzystnej flory jelitowej po antybiotykoterapii; w dolegliwościach czynnościowych przewodu pokarmowego (biegunki, zaparcia, wzdęcia, zespół jelita drażliwego); w przypadku nietolerancji niektórych składników pokarmowych (laktoza) oraz występowania niepożądanych reakcji na spożyty pokarm (wysypka skórna, biegunka). **DZIAŁANIE:** SymBIOTIC Plus wykazuje wielokierunkowe, korzystne działanie w zakresie wspierania bariery immunologicznej przewodu pokarmowego; ochrony przewodu pokarmowego przed kolonizacją drobnoustrojami patogennymi; stymulacji do wzrostu i aktywności naturalnej flory jelitowej; regeneracji błony śluzowej jelit. **SPOSÓB STOSOWANIA:** Dzieci powyżej 3 roku życia: 1 saszetka dziennie lub według zaleceń lekarza. Zawartość saszetki należy rozproszyc w letniej lub chłodnej wodzie. Spożyć bezpośrednio po przygotowaniu. Najlepiej przyjmować między posiłkami. W zależności od indywidualnego zapotrzebowania, lekarz może zalecić inne dawkowanie preparatu. Dorosli: 1 kapsułka dziennie lub według zaleceń lekarza. Kapsułkę należy połknąć i popić letnią lub chłodną wodą. Najlepiej przyjmować między posiłkami. W zależności od indywidualnego zapotrzebowania, lekarz może zalecić inne dawkowanie preparatu. **ŚRODKI OSTROŻNOŚCI I PRZECIWWSKAZANIA:** Nie należy rozpraszyc w mleku i sokach. Nie należy rozpraszyc w gorących płynach lub pokarmach, ponieważ może to zmniejszyć aktywność probiotyków. Nie należy stosować z lekami przeciwwgrzybiczymi.

**WAŻNA INFORMACJA:** Produkt należy przyjmować pod nadzorem lekarza. Produkt SymBIOTIC Plus dla dzieci saszetki przeznaczony jest dla dzieci powyżej 3 roku życia. Produkt SymBIOTIC Plus dla dorosłych kapsułek przeznaczony jest dla dorosłych. **ZAWARTOŚĆ OPAKOWANIA:** Jedno opakowanie SymBIOTIC Plus dla dzieci saszetki zawiera 10 saszetek. Jedno opakowanie SymBIOTIC Plus dla dorosłych kapsułek zawiera 10 kapsulek. SymBIOTIC PLUS jest połączeniem probiotycznych bakterii oraz drożdży z prebiotykiem, o potwierdzonej w badaniach zdolności do ograniczenia kolonizacji jelit drobnoustrojami chorobotwórczymi. Jako funkcjonalna całość pozwala wydłużyć czas przeżycia i aktywność korzystnej flory jelitowej. **PRODUCENT:** Zakłady Farmaceutyczne Polfa – Łódź S A, ul. Drewnowska 43/55, 91-002 Łódź, www.polfalodz.com.pl

# Przewlekłe zaparcie u pacjentów dorosłych

Zaparcie jest częstym objawem zgłaszanym przez pacjentów (dotyczy nawet do 20-30% populacji ogólnej), wpływającym na znaczne obniżenie jakości życia. Umiejętność ustalenia właściwej diagnozy ma duże znaczenie w praktyce klinicznej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

**Michał Koźuch**  
**Klinika Chorób Metabolicznych**  
**i Gastroenterologii Instytutu**  
**Żywności i Żywienia w Warszawie**  
**Kierownik Kliniki:**  
**Prof. dr hab. Mirosław Jarosz**

**Streszczenie**

W artykule przedstawiono typy zaparcia i ich związek z poszczególnymi schorzeniami, szczegółowe wskazania diagnostyczne oraz możliwości leczenia. Duży nacisk został położony na odpowiednią interpretację objawów opisanych przez pacjentów i wykorzystanie tych informacji przy wyborze leczenia.

**Słowa kluczowe:** zaparcie, odbytnica, jelito, dolegliwości, choroba.

**Summary**

The article presents constipation types and their connection with particular ailments, detailed diagnostic recommendations, as well as available treatments. Considerable emphasis was placed on the appropriate interpretation of the symptoms described by patients and the application of the discussed information when selecting treatment.

**Key words:** constipation, rectum, bowel, ailments, illness.

Zaparcie może być objawem występującym wtórnie do chorób związanych z jelitem grubym, ale i chorób zupełnie od jelita niezależnych. Wśród czynników etiologicznych związanych z samym jelitem i odbytnicą, ale wtórnie doprowadzających do zaburzenia rytmu wypróżnień wymienia się zmiany organiczne, które stanowią mechaniczną przeszkodę dla pasażu treści przez jelito. Na pierwszym miejscu należy brać pod uwagę guzy jelita grubego, ze szczególnym uwzględnieniem raka jelita grubego. Zwężenia jelita mogą również powstawać w przebiegu stanów zapalnych towarzyszących chorobie uchyłkowej, czy niedokrwienniu jelita grubego. Zmiany organiczne dotyczące odbytnicy i odbytu, takie jak uchyłek czy przetoka odbytniczopochwowa, wypadanie odbytnicy i szczelina odbytu, również zaliczane są do grupy schorzeń wtórnie prowadzących do zaparcia. Innymi stanami chorobowymi wtórnie wywołującymi zaparcie i związanymi z jelitem są zaburzenia czynności motorycznej związane z chorobami unerwienia śródcienego, takie jak choroba Hirschsprungera oraz zwężenia światła jelita spowodowane uciskiem z zewnątrz np. guzy narządu rodowego u kobiet.

Czynnikami wtórnie przyczyniającymi się do powstawanie zaparcie mogą być zaburzenia metaboliczne takie jak cukrzyca, otyłość, hipotyreoza, hiperkalcemia, hipokaliemia, hipomagnezemia czy mocznica. Do takich schorzeń należą też niektóre choroby tkanki łącznej, a w szczególności twardzina układowa. Wśród chorób neurologicznych wymienia się takie jak choroba Parkinsona, choroby ośrodkowego układu nerwowego – mózgu i rdzenia kręgowego, naczyniopochodne uszko-

dzenia mózgu, zaburzenia unerwienia obwodowego, stwardnienie rozsiane. Wymienić tu należy też niektóre choroby psychiczne: zaburzenia odżywiania takie jak jadłowstręt psychiczny, bulimia, choroby afektywne (depresja), psychozy. Ponadto wiele leków powszechnie stosowanych sprzyja powstawaniu zaparcie. Nieprawidłowa, wysoko przetworzona dieta uboga w błonnik pokarmowy, zbyt mała objętość wypijanych płynów, brak aktywności fizycznej, za mała podaż kalorii w diecie (szczególnie u osób w wieku podeszłym) i wreszcie nieprawidłowe przyzwyczajenia w wydalaniu stolca (powstrzymywanie defekacji w sytuacji braku zadawalających warunków sanitarnych) mogą prowadzić do rozwoju zaparcia.

**Diagnostyka**

Konieczne jest ustalenie podczas badania podmiotowego, na czym dokładnie polegają dolegliwości chorego, co chory w związku ze zgłaszanym pojęciem zaparcia odczuwa. Bardzo pomocne jest zobiektywizowanie zgłaszanych dolegliwości przy pomocy dzienniczka, w którym pacjent odnotuje wypróżnienia i ich konsystencję. Ułatwieniem może tu być Bristolska Skala Uformowania Stolca (8), którą można się posłużyć przy opisie wypróżnień. Niezmiernie ważny jest czas jaki upłynął od momentu wystąpienia dolegliwości. Inne znaczenie ma kilkuletni okres utrzymywania się objawów, a inny kilkutygodniowy. Ten ostatni wymaga szczególnej uwagi. Należy dążyć do wykluczenia wtórnych przyczyn zaparcia. Pytania powinny dotyczyć towarzyszących schorzeń, stosowanego leczenia (włącznie z lekami dostępnymi bez recepty), nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, obecność dodatkowych objawów takich jak ból i dyskomfort. Stosowną ilość czasu powinno się poświęcić na zebranie informacji na temat tak zwanych objawów alarmowych. Objawy alarmowe sugerują organiczne tło dolegliwości, a w szczególności raka jelita grubego. Jeżeli nie ma potencjalnej przyczyny dolegliwości jakim jest zaparcie, można przypuszczać, że ma ono charakter czynnościowy. Zaburzenia samego aktu defekacji, czyli niewydolność odbytowo-odbytniczą możemy podejrzewać, gdy chory podaje, iż nie każde uczucie parcia na stolec kończy się wypróżnieniem, musi silnie przeciw, wypróżnienie bardzo się przedłuża, ma uczucie niepełnego wypróżnienia i blokowania się stolca w odbycie, musi stosować różne manewry ułatwiające wy-

dalenie stolca (np. masowanie palcem krocza, tylnej ściany pochwy). Gdy pacjent przez wiele dni nie ma poczucia parcia na stolec, można myśleć o zaparcie z wydłużonym czasem tranzytu jelitowego. Jeśli u chorego dominuje nawracający ból czy dyskomfort w jamie brzusznej związany z wystąpieniem zaparcia oraz twardych, bryłowatych i suchych stolców, ustępujący po wypróżnieniu należy myśleć o zespole jelita drażliwego. Kolejnym etapem postępowania z chorym jest badanie przedmiotowe. Chorego należy zbadać całościowo ze szczególnym uwzględnieniem jamy brzusznej i odbytu. W badaniu palpacyjnym uwagę należy zwrócić na cały przebieg jelita grubego, poszukując oporów patologicznych. Badanie per rectum nie może być pominięte. Najlepiej, gdy pacjent leży do tego badania na lewym boku. Badanie palcem w spoczynku dostarcza nam informacji o napięciu spoczynkowym zwieracza wewnętrznego odbytu (mięsień gładki niezależny od naszej woli). Zbyt wysokie napięcie zwieracza w spoczynku i brak jego rozluźnienia podczas parcia świadczą o niewłaściwej koordynacji odruchu defekacji i może to być przyczyną

zaparcia związanego z dyssynergią mięśni dna miednicy mniejszej. Wówczas zwieracz stanowi barierę mechaniczną dla stolca. Przy badaniu palcem dużo łatwiej jest obserwować i ocenić obniżanie się krocza podczas parcia. Jeśli obniża się ono mniej niż o 1 cm, świadczy to o niedostatecznej relaksacji mięśni dna miednicy mniejszej. Jeśli natomiast obniża się o więcej niż 3.5 cm mięśnie rozluźniają się nadmiernie (po porodach lub wielu latach intensywnego parcia podczas defekacji), co może skutkować niekompletnym wypróżnieniem lub nawet uszkodzeniem nerwów krzyżowych i pogorszeniem wrażliwości odbytnicy na bodźce objętościowe (9). Odpowiednie obniżanie się krocza daje nam pośrednio informacje o dostatecznym rozwierzeniu się kąta odbytniczoodbytowego (utworzony przez oś odbytnicy i odbytu). W czasie relaksacji mięśni dna miednicy mniejszej jej dno zstępując pociąga jelito grube i tym samym rozwiera kąt odbytniczoodbytowy umożliwiając swobodne wydostanie się stolca z odbytnicy. Badając palcem możemy jeszcze dodatkowo ocenić mięsień łonowo-odbytniczy wpływający na kąt odbytowo-odbytniczy. W tym

**Tabela 1. Zaparcie czynnościowe – kryteria Rzymskie III**

**Objawy występują od co najmniej 6 miesięcy, a przez ostatnie 3 miesiące:**

- Obecne są co najmniej 2 z poniższych objawów:
  - nasilone parcie przy co najmniej ¼ wypróżnień
  - bryłowate lub twarde stolce przy co najmniej ¼ wypróżnień
  - uczucie niepełnego wypróżnienia przy co najmniej ¼ wypróżnień
  - uczucie przeszkody w odbytnicy lub odbycie przy co najmniej ¼ wypróżnień
  - konieczność stosowania manewrów ręcznych celem ewakuacji stolca przy co najmniej ¼ wypróżnień
  - < 3 wypróżnienia tygodniowo
- Luźne stolce są rzadko (jeśli nie są stosowane leki przeczyszczające)
- Nie są spełnione kryteria dla IBS

**Tabela 2. Leki sprzyjające zaparciom.**

Grupa	Przykład
opiaty	morfina, fentanyl
leki antycholinergiczne	alkaloidy Atropa belladonna
trójcykliczne leki przeciwdepresyjne	amintryptylina, nortryptylina
leki przeciwpsychotyczne	chlorpromazyna, haloperidol
leki przeciwparkinsonowskie	amantadyna
blokery kanału wapniowego	werapamil, diltiazem
diuretyki	furosemid, torasemid
leki przeciwhistaminowe	difenhydramina
sympatykomimetyki	efedryna, terbutalina
blokery receptora serotoninowego 5-HT3	ondansetron, tropisetron
preparaty żelaza	
leki alkalinizujące	
preparaty wapnia	
NLPZ	ibuprofen
leki zapierające	loperamid



celu badamy tylną ścianę odbytnicy powyżej zwieracza wewnętrznego odbytu. Jeśli w trakcie parcia jest wyczuwalny i bolesny (zbyt napięty) oznacza to, że jest w niedostatecznej relaksacji co wiąże się z nieodpowiednim rozwarciem kąta odbytniczo-odbytowego.

Kolejnym etapem są oznaczenia podstawowych parametrów laboratoryjnych takich jak morfologia, podstawowe elektrolity, wapń, TSH, glukoza, mocznik, kreatynina i badanie ogólne moczu, które mogą być przydatne w początkowym etapie diagnostyki niektórych wtórnych przyczyn zaparcia. Na tym etapie mając zebrane dane z badania podmiotowego, przedmiotowego i laboratoryjnych badań dodatkowych należy zakwalifikować objaw zaparcia do jednej z grup: wtórne (obecne objawy alarmowe, rozpoznane choroby wtórnie prowadzące do zaparcia, stosowane leki powodujące zaparcie) lub podejrzenie zaparcia czynnościowego (idiopatycznego).

W przypadku sugestii wtórnej postaci zaparcia postępowanie powinno być uzależnione od jego przyczyny. Jeśli mamy sugestię zmian organicznych w jelicie konieczne trzeba wykonać badania obrazowe jelita grubego. W Polsce lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mają możliwość kierowania pacjentów na to badanie. Warto też podkreślić, że nieocenione korzyści daje kierowanie swoich bezobjawowych pacjentów

50. roku życia na badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego. Gdy przyczyną zaparcia są stosowane leki, o ile jest to możliwe, wskazana jest ich zamiana na inne, które są pozbawione takiego wpływu na jelito grube.

### Leczenie

Postępowanie z pacjentami z rozpoznaniem zaparcia czynnościowego w pierwszej kolejności polega na modyfikacji stylu życia (10). Polega ono na zwiększeniu podaży płynów (stosowne nawodnienie ma bardzo ważne znaczenie), modyfikacji diety i wzbogacenie jej w błonnik pokarmowy oraz zwiększenie aktywności fizycznej stosownie do stanu zdrowia pacjenta. Gdy te metody okażą się nieskuteczne, wprowadza się objawowe leczenie farmakologiczne dostępnymi preparatami o działaniu przeczyszczającym. W pierwszej kolejności poleca się podawać środki masowe (zwiększające masę stolca) i osmotycznie czynne. W razie niepowodzenia tego sposobu postępowania z chorym można rozpoznać oporne przewłokłe zaparcie i skierować chorego na konsultację gastroenterologiczną. W ośrodkach gastroenterologicznych pogłębia się diagnostykę o badania tranzytu jelitowego w teście ze znacznikami, ocenę manometryczną, test wydalenia balonu i defekografię (11,12). Po tych badaniach łatwiej dobrać stosowne leczenie. Preparaty masowe są su-

plementami diety opartymi o błonnik pokarmowy najczęściej z łusek nasion babki jajowatej. Grupa leków osmotycznie czynnych jest bardzo zróżnicowana. Zalicza się do niej sole magnezu, syntetyczny dwucukier laktulozę i preparaty glikolu polietylenowego. Działanie tych leków polega na zwiększaniu zawartości wody w świetle jelita, co usprawnia pasaż. Najlepiej w literaturze udokumentowana jest skuteczność glikolu polietylenowego (13,14,15). W leczeniu zaparcia zastosowanie znajduje również dokuzan sodu zaliczany do leków powierzchniowo czynnych, zmiękczających masę kałową poprzez ułatwienie przenikania wody do stolca. W dość powszechnym użyciu są środki pochodzenia roślinnego stymulujące motorykę jelita – glikozydy antrachinonowe (aloes, sennozydy, kora kruszyny i inne). Stymulują one nerwowe sploty śródścienne jelita pobudzając jego motorykę, zwiększają sekrecję płynów w jelicie cienkim i grubym. Do tej grupy leków zaliczany jest również syntetyczny bisakodyl. Pewne nadzieje wiąże się z nowymi lekami, które nie są jeszcze dostępne w naszym kraju. Prukaloprid jest prokinetykiem będącym agonistą receptora serotoninowego 5-HT4 (16). Nie jest obciążony ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych w przeciwieństwie do stosowanego wcześniej głównie w USA tegaserodu. Drugim lekiem, niestety również niedostępnym

w Polsce jest lubiproston. Działa on poprzez kanały chlorkowe zwiększając wydzielanie do światła przewodu pokarmowego anionów chlorkowych i przez to wody. Wymienione powyżej wszystkie grupy leków stosuje się u pacjentów z prawidłowym i zwolnionym pasażem jelitowym. W skrajnie ciężkich przypadkach możliwe jest leczenie chirurgiczne. Dotyczy ono chorych w zasadzie jedynie z tak zwaną inercją okrężnicy (znacznie wydłużonym tranzytem jelitowym), objawiającą się klinicznie ciężkim zaparciem nie reagującym na inne sposoby leczenia. Leczenie to polega na resekcji jelita grubego.

U chorych z niewydolnością mięśni dna miednicy mniejszej, z zaburzeniami samego aktu defekacji, stosuje się leki osmotyczne, wlewki fosforanowe działające drażniąco i stymulująco na odbytnicę oraz czopki. Powinno się unikać środków masowych, gdyż mogą nasilać objawy. Najskuteczniejszą metodą jest leczenie polegające na specjalistycznym treningu opartym o biologiczne sprzężenie zwrotne tzw. biofeedback (17). Pacjenta uczy się koordynacji mięśni biorących udział w akcie defekacji z użyciem sprzętu do badań manometrycznych i elektromiograficznych. Dzięki temu chory może obserwować i utrzymywać pożądane efekty pracy odpowiednich mięśni.

Piśmiennictwo w redakcji

## Zaparcia? Zadbaj by już nie powróciły.



Suplement diety  
**NORMOLAX REGULAR**

**Wspomaga regularność wypróżnień  
i osłania przewód pokarmowy:**

- wysoka zawartość cennego dla zdrowia błonnika i prebiotyków
- tylko 1-2 łyżeczki dziennie
- wyjątkowy smak zielonego jabłka



- Opakowanie wystarcza aż na 2 tygodnie stosowania (przy stosowaniu 1 łyżeczki dziennie).
- Sugerowana cena detaliczna: 12,30 zł

Producent: Herbapol-Lublin. Dodatkowych informacji o produkcie udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel.: +48 22 364 61 00, faks: +48 22 364 61 02, www.polpharma.pl

NOR/04/107/2012

# Znaczenie ektoiny w ochronie błon śluzowych

Drobnoustroje stanowią najbardziej wszechubłą grupę organizmów. Rozwijają się znakomicie w środowiskach umiarkowanych, ale kolonizują także ekstremalne biotopy.

**Piotr Derentowicz**  
Krajowa Izba Diagnostów  
Laboratoryjnych

## Streszczenie

Ekstremofilne mikroorganizmy potrafią zaadaptować się do skrajnych biotopów. Bakterie halofilne rozwijają się w warunkach wysokiego zasolenia (sólne pustynie). W warunkach wysokiego zasolenia, niskiej wilgotności, ekstremalnej ekspozycji na promieniowanie UV, temperaturze przekraczającej 60°C w ciągu dnia, a w nocy obniżającej się poniżej zera. Ekstremalne warunki spowodowały, że bakterie wykształciły w toku ewolucji szereg mechanizmów zabezpieczających przed szkodliwymi warunkami środowiska, między innymi – ektoiny. Ektoiny wiążą wodę tworząc ochronną „kopertę” wokół białek, kwasów nukleinowych oraz biomembran bakterii. W podobny sposób ektoina może chronić komórki ludzkiego organizmu przed szkodliwym działaniem zewnętrznego środowiska. Duże nadzieje budzi zastosowanie ektoiny (m.in.: jako substancji nawilżającej) w schorzeniach alergicznych – alergicznym nieżyty nosa, zapaleniu spojówek oraz zespole suchego oka.

**Słowa kluczowe:** Ekstremofilne mikroorganizmy, bakterie halofilne, ektoina, alergiczny nieżyt nosa, zapalenie spojówek, zespół suchego oka

## Summary

Extremophilic microorganisms can adapt to extreme conditions. Halophilic bacteria lives on salt deserts under extremely high ultraviolet radiation, high salt concentration, low humidity, temperatures over 60°C during the day and below zero during nights. To control osmotic stress these bacteria produce amorphous water-binding molecules ectoines. Ectoines can bind a water forming a hydrate envelope which protects for example: proteins, nucleic acids and biomembranes of the microorganisms. In this same way ectoine can protect human cells from damaging of environmental impacts. Ectoin-containing medical devices may be usefulness for different therapeutics areas. For example allergic rhinitis, conjunctivitis, dry eye syndrome.

**Key words:** Extremophilic microorganisms, halophilic bacteria, ectoin, allergic rhinitis, conjunctivitis, dry eye syndrome

Do drobnoustrojów ekstremofilnych zaliczamy między innymi: bakterie hipertermofilne, acydoofilne, piezofilne oraz halofilne. W trakcie ewolucji mikroorganizmy ekstremofilne wykształciły niezwykle mechanizmy adaptacyjne.

Bakterie halofilne rozwijają się w warunkach wysokiego zasolenia, temperaturze w ciągu dnia osiągającej 60 st. C (w ciągu nocy temperatura otoczenia spada poniżej zera), relatywna wilgotność biotopu wynosi około 5%, ekstremalnie wysoka jest ekspozycja na promieniowanie UV. Bakterie te zasiedlają słone jeziora i stawy.

Przykładem miejsca ich bytowania jest Pustnia Nitryjska (Wadi Natrun) w Egipcie (nazwa miejsca pochodzi od ośmiu słonych jezior, gdzie od starożytnych czasów wydobywano związki soli, używane między innymi do mumifikacji z której słynie Egipt).

## Znaczenie ektoiny

Ekstremalne warunki spowodowały, że bakterie wykształciły w toku ewolucji szereg mechanizmów zabez-

pieczających przed szkodliwymi warunkami środowiska.

Do substancji protekcyjnych zaliczamy wytwarzaną przez bakterie halofilne (m.in.: *Ectothiorhodospira halochloris*, *Halomonas elongata*) pochodną aminokwasów – ektoinę. To właśnie z bakterii *Ectothiorhodospira halochloris* – ekstremofilnego drobnoustroju bytującego na terenie pustyni Wadi Natron – po raz pierwszy wyizolowano ektoinę (3).

Działanie ektoiny polega na stabilizowaniu i ochronie biopolimerów bakterii (białek, kwasów nukleinowych, biomembran) przed działaniem wysokiej i niskiej temperatury, wysychaniem, stresem osmotycznym. Ektoina jest amfoterycznym związkiem niezwykle silnie wiążącym wodę (tworzącym ochronną uwodnioną „kopertę” wokół najważniejszych struktur komórek bakteryjnych) (1).

Najnowsze badania wykazały, że ochronna „koperta” spowodowana związaniem wody przez ektoinę utrzymuje się przez długi okres czasu i może chronić komórki przed dehydratacją (2).

Wykazano, że ektoina stabilizuje cząsteczki biologiczne za pomocą mechanizmu uprzywilejowanego wykluczenia, co prowadzi do wykluczenia osmolitu (wody) z powierzchni białka i związanego z tym preferencyjnego uwodnienia (4).

Wymienione wyżej właściwości ektoiny sprawiają, że związek ten powoduje stabilizację białkowo-lipidowych błon komórkowych i zwiększa ich płynność.

## Wpływ ektoiny na układ immunologiczny

Badania ostatnich lat wykazały, że ektoina wpływa na układ immunologiczny organizmu. Tworzy ochronny film ograniczający kontakt alergenów z błoną śluzową górnych dróg oddechowych i zapobiegający reakcjom alergicznym (5).

W komórkach ekspozycyjnych na działanie ektoiny zamiennie szybko powstają tzw. białka szoku cieplnego (Heat Shock Proteins). Akceptuje się pogląd, że odpowiedni poziom HSP jest związany z nabywaniem przez komórki tolerancji na różne stresory.

Białka HSP (nazywane powszech-

nie „białkami stresu”) mają szansę znaleźć zastosowanie w profilaktyce wielu chorób dzięki m.in. zdolności modulowania procesu apoptozy w komórkach nowotworowych, indukcji NK oraz aktywacji swoistych mechanizmów odporności humoralnej i komórkowej.

Wyniki badań wskazują, że oligomery HSP wykazują aktywność opiekuńczą: chronią komórki przed stresem oksydacyjnym, ciepłym i hamują apoptozę, mogą wiązać uszkodzone substraty, przez co zapobiegają ich denaturacji i agregacji (6).

W eksperymentach na zwierzętach doświadczalnych wykazano immunosupresyjne działanie ektoiny na drzewo oskrzelowe płuc. Ectoina zapobiegała neutrofilowemu zapaleniu płuc indukowanemu przez nanocząsteczkę o wielkości 2,5 μm. Podanie ektoiny hamowało proces zapalny przez modulację profilu cytokin – zmniejszeniu ekspresji IL -8 (7).

Badania eksperymentalne na uczulonych zwierzętach wykazały, że podana dotchawczo ektoina hamuje reakcje alergiczne (wczesną i późną nadmierną reaktywność dróg oddechowych) na podany alergen (8).

## Ektoina w ochronie błon śluzowych organizmu człowieka

Produkty zawierające ektoinę dzięki właściwościom uwadniania komórek, tworzenia ochronnego „filmu” na ich powierzchni oraz działaniu hamującym procesy zapalne są według doniesień bitop AG (placówki, która zajmuje się od 1993 roku biotechnologią, specjalizuje się w wykorzystaniu ekstremofilnych mikroorganizmów i jako pierwsza wyizolowała ektoinę do celów terapeutycznych) przydatne w terapii alergicznego nieżyty nosa oraz stanów zapalnych spojówek.

Profesor dr hab. n. med. Roman Nowicki z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego – Szpitala Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (przewodniczący Sekcji Dermatologicznej Polskiego Towarzystwa Alergologicznego) w swoich wypowiedziach zwraca uwagę, na „wyjątkową zdolność ektoiny

do wiązania wody – skóra lub błony śluzowe pozostają długotrwale nawilżone. Zmniejszają się więc dolegliwości typowe dla stanów podrażnień alergicznych” oraz zaznacza, że – „produkty zawierające ektoinę są dobrą alternatywą dla stosowanych dotychczas preparatów antyalergicznych”. Profesor Nowicki stwierdza przydatność stosowania ektoiny także do nawilżania błon śluzowych nosa i w zespole suchego oka.

## Ektoina w alergicznym nieżyty nosa

Alergiczny nieżyt nosa stanowi olbrzymi problem społeczny. Schorzenie dotyczy 20-30% ogólnej populacji, a w niektórych grupach wiekowych może przekraczać 40%. Wśród chorych z nieżytem nosa znacznie częściej, bo nawet u 40% chorych współistnieje astma oskrzelowa (10).

Wyniki obserwacji klinicznych wskazują, że odpowiednie nawilżenie błony śluzowej nosa jest istotnym parametrem zapewniającym prawidłowe wykonywanie przez nos jego funkcji, a jednym z charakterystycznych objawów alergicznego zapalenia śluzówki nosa jest jej wysuszenie, które często nasila się poprzez stosowanie leków antyalergicznych.

Odpowiednie nawilżenie błony śluzowej nosa powoduje zmniejszenie gęstości śluzu prowadzące do poprawy czynności termicznej i zapobieganiu powikłaniom ze strony dolnych dróg oddechowych (9).

Preparaty zawierające ektoinę (nawilżające błonę śluzową) mogą być w przypadku tego schorzenia niezwykle przydatne.

## Ektoina w zapaleniu błony śluzowej spojówek

Ocenia się, że alergiczne zapalenie spojówek występuje u 5-22% populacji. W połowie przypadków ma ono charakter sezonowych objawów wywołanych naturalnymi alergenami (13). Odpowiednie nawilżenie stanowi nieodłączny element terapii alergicznego zapalenia błony śluzowej spojówek (delikatnych, wilgotnych błon śluzowych wyściełających tylną powierzchnię obu powiek).

Zapalenie błony śluzowej charakteryzuje się zaburzeniami stabilności filmu łzowego. Stabilizacja filmu łzo-

wego ułatwia usuwanie alergenów z worka spojówkowego. Leki nawilżające (zawierające ektoinę) mogą zająć w terapii tego schorzenia szczególne miejsce (11).

Zespół suchego oka (ZSO), inaczej suche zapalenie spojówki oraz rogówki, jest schorzeniem o złożonej patogenecie i różnorodnych objawach klinicznych, zależnych od nieodboru frakcji wodnej bądź zmian w składzie frakcji mucynowej oraz lipidowej filmu łzowego. Jego występowanie stwierdzono u około 15% ogólnej populacji.

Warstwa wodna filmu odpowiada za tworzenie właściwego środowiska dla komórek nabłonka, dostarczając podstawowych składników odżywczych i tlenu do rogówki, umożliwiając przemieszczanie się komórek, jak również wymywanie produktów przemiany materii, składników toksycznych i ciał obcych (14).

Profesor dr hab. n. med. Krzysztof Buczyłko podkreśla znaczenie stosowania preparatów nawilżających w terapii alergoz oka oraz zespołu suchego oka. Zdaniem profesora najprostsze rozwiązania są najskuteczniejsze, np. stosowanie sztucznych łez nie zawierających konserwantów, które przywracają prawidłowe działanie filmu łzowego (12).

Ze względu na właściwości przeciwzapalne ektoiny, stosowana jest ona także w stanach zapalnych spojówek oka.

## Podsumowanie

Preparaty zawierające ektoinę zapewniają odpowiednie długotrwałe nawilżenie błon śluzowych. Ektoina jest ponadto naturalną substancją pełniącą funkcje ochronną w stosunku do komórek oraz hamującą reakcje immunologiczne, w tym reakcje alergiczne.

Kierując się opinią profesora dr hab. n. med. Romana Nowickiego oraz licznymi badaniami eksperymentalnymi można stwierdzić, że preparaty zawierające ektoinę mogą być niezwykle przydatne w terapii stanów zapalnych związanych z błonami śluzowymi, m.in.: alergicznego nieżyty nosa, alergicznego zapalenia spojówek, zapalenia spojówek, oraz zespołu suchego oka i stanowiąc alter-

natywę dla stosowanych dotychczas preparatów antyalergicznymi i nawilżających.

Ektoina jest również szeroko stosowana w leczeniu atopowego zapalenia skóry.

## Piśmiennictwo:

1. Galiński, E.A., Tr per, H.G. (1994): Microbial behaviour in salt-stressed Ecosystems, FEMS Microbiol. Reviews, 15, 95-108
2. Graf R., Anzali S i wsp.: (2008): The multifunctional role of ectoine as natural cell protectant. Clin. Dermatol., 26(4): 326-333
3. Held C., Paschek D., i wsp.: Eigenschaften von Ectoinen in Wässring Lösungen. Dortmund 2008
4. Arakowa T., Timasheff SN. The stabilization of proteins. Biophys. J. 1985; 7(3): 411-414
5. Hoymann H.G., Bilstein A i wsp.: Therapeutic effect of ectoine in a experimental model of allergic asthma. In: XXVIII Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Warsaw, 2009
6. Kaźmierczuk A., Killiańczak Z.: Plejotropowa aktywność białek szoku cieplnego, Postępy Hig. Med. Dosw. 2009; 63: 502-521
7. Sydlík U. i wsp.: The compatible solute ectoine protects against nanoparticles-induced neutrophilic lung inflammation. Am.J.Respir.Crit. Care.Med 2009, 180(1): 29-35
8. Hoymann H.G., Bilstein A. i wsp: Therapeutic effect of ectoine in an experimental model of allergic asthma. In XXVIII Congress of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Warsaw, 2009
9. Rapijko P., Wojdas A., Jurkiewicz D.: The influence of the isotonic solution of sea water (Marimer) application on nasal mucosa in allergic rhinitis sufferers. Polish J. Environ. Stud. 16 (2007); 5C Part II: 530-534
10. Lewandowska-Polak: Alergiczny nieżyt nosa i astma oskrzelowa – koncepcja ARIA jako wyzwanie dla lekarza. Alergia Astma Immunologia 2009, 14(1), 7-13
11. Obtułowicz K.: Alergiczne zapalenie spojówek. Przegląd Alergologiczny 2004,1,18-21
12. Buczyłko K.: Sztuczne łzy w chorobach alergicznych oczu. Alergia 2(24)2005
13. Szaflik J. i wsp.: Izolowane alergiczne zapalenie spojówek. Alergia, 2003; 2(17):53-55
14. Nowak M. i wsp.: Zespół suchego oka – schorzenie interdyscyplinarne. Wiadomości Lekarskie, 2005, LVIII, 32-247

## Zostań naszym autorem

Masz „lekkie pióro”

i szerokie zainteresowania medyczne,  
zgłoś się do redakcji „Praktyki Lekarskiej”

tel. 22 822 20 16, e-mail: [lekarska@praktykalekarska.com](mailto:lekarska@praktykalekarska.com)

PRZEŁOM  
W  
ALERGOLOGII

FA. LANGSTEINER  
LEK-PHARMACEUTICAL

# ectoAlerg®

## NATURALNY I WYJĄTKOWY

### SPOSÓB NA:

- zapalenie spojówek
- alergiczne zapalenie spojówek
- zespół suchego oka
- alergiczny nieżyt nosa
- zapalenie błon śluzowych nosa

### DZIAŁANIE EKTOINY

- przeciwalergiczne
- przeciwzapalne
- regenerujące
- nawilżające
- ochronne



## JEDYNE PREPARATY Z EKTOINĄ

Do produkcji serii ectoAlerg wykorzystano EKTOINĘ naturalną substancję produkowaną przez mikroorganizmy ekstremofilne. Badania potwierdzają jej skuteczność, oraz brak skutków ubocznych nawet przy długotrwałym stosowaniu. Można ją także stosować u dzieci. Krople do oczu i spray do nosa ectoAlerg są dostępne w aseptycznych aplikatorach.

DOSTĘPNE BEZ RECEPTY  
więcej na [www.ectoalerg.pl](http://www.ectoalerg.pl)

# Borelioza sprawia trudności diagnostyczne

Rozmowa z prof. dr hab. Stanisławą Tylewską-Wierzbanowską, specjalistą II stopnia z mikrobiologii medycznej.

## Jak powszechna i jak groźna jest dzisiaj borelioza?

Cała Europa została uznana za teren endemiczny boreliozy z Lyme. Jeżeli są tereny, na których nie jest często rozpoznawana, to może oznaczać, że albo na tym terenie słabo funkcjonuje diagnostyka kliniczna i laboratoryjna, albo nie wszystkie przypadki są zgłaszane (choć zgodnie z ustawą o chorobach zakaźnych taki obowiązek istnieje). Kleszcze *Ixodes ricinus* są jedynym wektorem przenoszącym krętki *Borrelia burgdorferi* – czynnik etiologiczny boreliozy z Lyme na człowieka i inne kręgowce. Największe ryzyko zakażenia się tymi bakteriami występuje w okresie największej aktywności kleszczy tj. w miesiącach maj-czerwiec i wrzesień-październik.

Późna nieleczona borelioza z Lyme charakteryzuje się nieodwracalnymi zmianami stawowymi, uszkodzeniem układu nerwowego w postaci encefalopatii lub uszkodzeniem nerwów czaszkowych, obwodowych, a także przewlekłym zanikowym zapaleniem skóry.

## Czy rumień towarzyszący boreliozie różni się czymś od innych zaczerwienień? Jakie inne objawy powinny skierować uwagę lekarza rodzinnego w kierunku boreliozy?

Rumień wędrujący jest to plamka lub grudka powiększająca się przez okres dni lub tygodni do czerwonej lub sinoczerwonej plamy, najczęściej z przejaśnieniem w części centralnej. Powstaje nie wcześniej niż po 7-10 dniach od kontaktu z kleszczem. Rumień wędrujący jest jedynym patognomicznym objawem boreliozy z Lyme. Należy jednak pamiętać, że może on przypominać inne zmiany skórne, takie jak reakcja na ugryzienie owada, która pojawia się po 1-2 dniach, wysypka polekowa czy grzybica skóry. Inne objawy skórne tej choroby np. ziarninaki

chłonny (ang. borrelial lymphocytoma) występują niezwykle rzadko.

Rumień wędrujący stwierdza się u około 80% chorych. Nierozpoznane w tym stadium i nieleczone zakażenie ma charakter postępującej choroby z zajęciem wielu układów, w której można wyodrębnić kolejne jej stadia. Objawy w poszczególnych stadiach mogą się pojawiać z różnym nasileniem, a choroba może mieć różnorodny przebieg: od bezobjawowej do ciężkich przypadków z nieodwracalnymi zmianami w obrębie układu nerwowego, stawowego i krążenia. Według europejskiej definicji przypadku boreliozy z Lyme, w przebiegu neuroboreliozy najczęściej dochodzi do limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, objawiającego się bólami głowy, sztywnością karku, nudnościami i podwyższoną temperaturą ciała. Neuroborelioza pod postacią zespołu Bannwarth'a, charakteryzuje się objawami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i korzeni nerwowych. Czasami towarzyszą mu porażenia nerwów czaszkowych, najczęściej nerwu VII. Późne stadium neuroboreliozy charakteryzuje się podostryimi encefalopatiami, ataksją, zespołami pozapiramidowymi, niedowładami, nietrzymaniem moczu, objawami spastycznymi, zaburzeniami mowy i pamięci, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami uczucia, a w ciężkich przypadkach porażeniami połowicznymi lub całkowitymi.

Borelioza stawowa (Lyme arthritis) związana jest z zajęciem układu kostno-stawowego. Najczęściej występującymi dolegliwościami są krótkotrwałe epizody bólów mięśniowo-stawowych, które pojawiają się już w okresie boreliozy wczesnej. Dolegliwości te stopniowo nasilają się. W badaniu przedmiotowym stwierdza się obrzęk, bolesność i zaczerwienienie. Objawy ze strony układu krążenia stanowią głównie zaburzenia przewodnictwa z występowaniem bloków przedsionkowo-komorowych.

## Niektórzy pacjenci obawiają się, że samodzielne wyciągnięcie kleszcza może być dla nich niebezpieczne. Czy powinni przysięść w tym celu do gabinetu lekarskiego?

Samodzielne usunięcie kleszcza jest zabiegiem skutecznym i bezpiecznym, zwłaszcza przed upływem 24 godzin, gdy krętki nie zdążyły jeszcze wnikać

do organizmu eksponowanej osoby. Należy pamiętać, że kleszcza należy ująć przy samej skórze (najlepiej przy pomocy cienkiej pęsety lub specjalnych uchwytów dostępnych w aptekach) i wyciągnąć tak, by go nie uszkodzić. Miejsce po kleszczu należy zdezynfekować spirytusem lub wodą utlenioną. Nie wolno smarować kleszcza tłuszczami ani go przypalać.

## Jak powinno wyglądać diagnozowanie boreliozy i prowadzenie takiego pacjenta w gabinecie lekarza rodzinnego?

Wielopostaciowość choroby często sprawia trudności w prawidłowym rozpoznaniu. Uwarunkowane jest ono odpowiednim doborem metod serologicznych i antygenów diagnostycznych oraz poprawną interpretacją otrzymanych wyników. Rumień wędrujący nie wymaga potwierdzenia laboratoryjnego, gdyż przeciwciała są wykrywane po 2-4 tygodniach od chwili jego pojawienia się. Jeżeli zakażenie trwa dłużej, zalecana jest diagnostyka dwustopniowa polegająca na oznaczeniu w pierwszym etapie – poziomu przeciwciał testami serologicznymi o wysokiej czułości (test ELISA), a następnie na weryfikacji wyników dodatnich lub wątpliwie dodatnich jakością metodą Western-blot. Interpretacja wyniku badania metodą Western-blot powinna uwzględniać ustalone kryteria przyjęte dla antygenów użytych w danym teście zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ośrodka Referencyjnego WHO d.s. boreliozy z Lyme w Monachium. Badania te są obecnie wykonywane w wielu laboratoriach. Najczęściej w gabinecie lekarza rodzinnego prowadzone jest leczenie wczesnej fazy zakażenia w postaci rumienia wędrującego, któremu mogą towarzyszyć objawy ogólne, ale nie stwierdza się cech zajęcia układu nerwowego czy układu krążenia. Polega ono na zastosowaniu antybiotyków doustnych, takich jak: doksylicyna, amoksylicyna, aksetyl cefuroksymu (leki z wyboru), a także azytromycyna. Skuteczny czas leczenia to 14-28 dni, a w przypadku azytromycyny 5 dni. Leki te są skuteczne także w leczeniu stawowej postaci, która także może być leczona w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku neuroboreliozy czy podejrzenia boreliozy układu krążenia pacjenta należy skierować do specjalisty, a leczenie prowadzić w warunkach szpitalnych.



**Prof. dr hab. Stanisława Tylewska-Wierzbanowska** jest specjalistą II stopnia z mikrobiologii medycznej. Jest kierownikiem Samodzielnej Pracowni Riketsji, Chlamydii i Krętków Odzwierzęcych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny.

Przez wiele lat była członkiem Komitetu Mikrobiologii Polskiej Akademii Nauk. Wielokrotnie wyjeżdżała za granicę w celach naukowych i na szkolenia, m. in. do: Szwecji, USA, na Słowację. Autorka licznych publikacji naukowych dotyczących tematyki boreliozy, gorączki Q, a także bartonelozy i riketsjoz. Zasiadała również w komitetach naukowych kongresów i konferencji dotyczących medycyny zakażeń.

## Wśród specjalistów istnieją rozbieżności dotyczące zespołu poboreliozowego. Jakie leczenie antybiotykowe można zalecić lekarzom rodzinnym jako najbezpieczniejsze?

Niekiedy dolegliwości np. bóle stawów nawracają po kilku tygodniach lub miesiącach po zakończonym leczeniu, należy wtedy ponownie oznaczyć przeciwciała IgG najlepiej po trzech miesiącach od zakończenia leczenia i rozważyć podanie antybiotyku drugi i ostatni raz. Jeżeli po dwukrotnej prawidłowo prowadzonej antybiotykoterapii utrzymują się dolegliwości (najczęściej dotyczy to bólów kostno-stawowych i objawów neurologicznych), to ich przyczyną nie jest borelioza z Lyme, a pacjent powinien być skonsultowany przez reumatologa lub neurologa.

Istnieje pojęcie zespołu poboreliozowego, czyli zespołu różnych dolegliwości u pacjentów po prawidłowym leczeniu boreliozy. Objawy te to najczęściej bóle kostno-stawowe, zespół przewlekłego zmęczenia, bóle głowy. W tych przypadkach wskazana jest kontynuacja leczenia objawowego. W zależności od objawów stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne, a także niektóre leki przeciwdrożdżycowe. Inne leczenie, tj. leczenie wielomiesięczne, kilkoma lekami na raz, wielokrotne powtarzanie antybiotykoterapii, jest niezgodne z obecną wiedzą i zaleceniami, nie poprawia wyników leczenia, naraża pacjentów na poważne działania niepożądane, m.in. rzekomoblioniaste zapalenie jelit, grzybicę narządową oraz selekcję i rozwój flory bakteryjnej odpornej na antybiotyki.

Dagmara Moszyńska

## EKSPERT PRZYPOMINA

- Stwierdzenie rumienia wędrującego, będące podstawą zdiagnozowania boreliozy, nie wymaga potwierdzenia laboratoryjnego.
- Przy dłuższym zakażeniu wskazana jest diagnostyka dwustopniowa, obejmująca oznaczenie poziomu przeciwciał i weryfikację wyników metodą jakościową.
- Po dwukrotnej nieudanej antybiotykoterapii należy skierować pacjenta do reumatologa lub neurologa.

# Elektroniczna dokumentacja medyczna

Od 1 sierpnia 2014 r. dokumentacja medyczna będzie mogła być sporządzana wyłącznie w postaci elektronicznej.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona w formie elektronicznej pod pewnymi warunkami, określonymi zarówno w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>1</sup> jak i w ustawie o ochronie danych osobowych<sup>2</sup> oraz w zmienionym niedawno art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>3</sup>, który stwierdza, iż „dokumentację medyczną prowadzi się w postaci elektronicznej”. Dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej powinna być właściwie zabezpieczona, co oznacza, że muszą być łącznie spełnione następujące warunki: dokumentacja jest dostępna wyłącznie dla osób uprawnionych, jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem oraz wprowadzono metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana<sup>4</sup>. Szczegółowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej określają §80–§86 ww. rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej<sup>5</sup>.

## Co zrobić z papierem

**Co zatem należy zrobić z dokumentacją papierową, która powstała wcześniej tj. przed 1 sierpnia 2014 r.? Czy trzeba będzie ją skanować i umieszczać w systemie elektronicznym?**

Obecnie obowiązujący §81 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>6</sup> stanowi, iż dokumentacja utworzona w postaci papierowej może, ale nie musi zostać odwzorowana cyfrowo (np. zeskanowana) z zachowaniem atrybutów dokumentu papierowego (np. daty, podpisy, pieczęćki) i umieszczona w systemie informatycznym świadczeniodawcy w sposób zapewniający powiązanie jej z właściwą elektroniczną dokumentacją medyczną konkretnego pacjenta. Warto jednak pamiętać o art. 56 ust. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który stanowi, że przepisy dotyczące elektronicznej dokumentacji

stosuje się dopiero do dokumentacji medycznej wytworzonej po dniu 31 lipca 2014 r. Jednocześnie w samej ustawie o systemie informacji i w innych regulacjach brak jest przepisu, który ustanawiałby obowiązek elektronicznej archiwizacji dokumentacji medycznej. Zatem brak jest podstaw prawnych określających obowiązek świadczeniodawców do umieszczania archiwalnej papierowej dokumentacji pacjenta w systemie elektronicznym po dniu 1 sierpnia 2014 r., np. w formie skanów<sup>7</sup>.

## Kto może kontrolować dokumentację

**Od 2012 r. dokumentację medyczną udostępnia się również osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w zakresie legalności, celowości i rzetelności prowadzenia baz danych oraz przekazywania danych w nich zawartych do systemu informacji.**

Katalog podmiotów uprawnionych przez ustawodawcę do kontroli jest dość szeroki. Ustawa stanowi, że minister zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli instytutom badawczym, innym jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ministra a także specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Ponadto każdy świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Fundu-

szem Zdrowia, może być poddany kontroli przez jego pracowników<sup>8</sup>. NFZ prowadzi również kontrolę planową, ujętą w planach kontroli, odbywającą się zgodnie z ustalonymi wcześniej założeniami i jednolitą tematyką oraz metodyką, jak i doraźne, będące np. skutkiem skarg lub wniosków<sup>9</sup>. Powinien być pracownikiem NFZ. W przypadku kontroli dokumentacji medycznej musi mieć wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. W razie potrzeby NFZ może zlecić kontrolę dokumentacji medycznej osobie niebędącej jego pracownikiem, pod warunkiem, iż osoba ta ma wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. Wyjątkowo, jeżeli podczas kontroli zajdzie potrzeba zbadania lub rozstrzygnięcia zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji, NFZ może powołać specjalistę w danej dziedzinie. NFZ nie ma obowiązku uprzedzenia o kontroli.

Świadczeniodawca o jej wszczęciu może być zawiadomiony najpóźniej w chwili rozpoczęcia czynności kontrolnych<sup>10</sup>. Kontrolerzy mogą żądać informacji oraz wglądu do dokumentacji medycznej. Posiadają prawo do wstępu do pomieszczeń, w tym również prawo do obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Podczas czynności kontrolnych w każdej chwili mogą zarządzać ustnych i pisemnych wyjaśnień. Z przeprowadzonych czynności kontrolnych zostaje sporządzony protokół, który zawiera opis stanu faktycznego stwierdzo-

nego w toku postępowania, w tym także wykryte nieprawidłowości, ich przyczyny, zakres, skutki oraz osoby odpowiedzialne<sup>11</sup>.

*dr n. prawnych Iwona Wrześniewska-Wal, kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego w CMKP w Warszawie*

## Przypisy

1. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 z późn. zm.)
2. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz.U.2002.101.926 z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 ze zm.).
4. D. Karkowska: Komentarz do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, LEX 2012 r.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697)
7. M. Narolski: Obowiązek prowadzenia e-dokumentacji medycznej; Serwis Prawo i Zdrowie z dnia 4 maja 2012 r.
8. Art. 64 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)
9. J. Grylewicz: Praktyczna szkolenie dla lekarzy z zakresu nowych praw i ubezpieczeń w ochronie zdrowia: Konferencja Health Project Management, Warszawa 4 lutego 2012 r.
10. J. Juras: W jaki sposób świadczeniodawcy powinni być informowani o terminach i zakresie kontroli NFZ, Serwis kadry zarządzającej ZOZ, 24 stycznia 2011 r.
11. J. Grylewicz: Praktyczna szkolenie dla lekarzy z zakresu nowych praw i ubezpieczeń w ochronie zdrowia: Konferencja Health Project Management, Warszawa 4 lutego 2012 r.
12. Sąd Najwyższy z dnia 21 maja 2010 r. II CSK 643/09.
13. Art. 245 KPC – Dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Art. 244 KPC – Dokumenty urzędowe, sporządzone w przepisanej formie przez powołane do tego organy władzy publicznej i inne organy państwowe w zakresie ich działania, stanowią dowód tego, co zostało w nich urzędowo zaświadczone.

## DOSSIER | Dokumentacja medyczna w Sądzie Najwyższym

W sprawie rozstrzyganej przez Sąd Najwyższy<sup>12</sup> małoletni powód Miłosz M. reprezentowany przez matkę żądał od Szpitala Klinicznego UM w P. zadośćuczynienia w kwocie 500 tys. zł z ustawowymi odsetkami, odszkodowania w wysokości 400 tys. zł oraz renty wyrównawczej po 4.000 zł miesięcznie za krzywdy i szkody spowodowane nieprawidłowościami w leczeniu, jakiemu został poddany w tym szpitalu. Jednocześnie powód wskazywał, że pewne dokumenty szpitalne zawierające dane o przebiegu operacji, nie są podpisane przez kogokolwiek, wobec czego nie mogą być, zgodnie z Kodeksem postępowania cywilnego (KPC), traktowane jako dowody w sprawie sądowej. Sąd Najwyższy przyznał, iż istotnie wskazywane przez powoda zapisy dotyczące drugiej operacji nie noszą podpisów osób, które je

sporządziły, dlatego nie mogą być uznane za dokumenty prywatne w rozumieniu art. 245 KPC<sup>13</sup>. Nie jest to jednak przeszkodą do włączenia ich do materiału dowodowego, bowiem Kodeks postępowania cywilnego nie zawiera zamkniętej listy środków dowodowych. Przeciwnie, z treści art. 309 KPC wynika, że możliwe jest przeprowadzenie dowodu także innymi środkami niż wymienione w kodeksie, o ile są one nośnikami informacji o faktach istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, a ich wykorzystanie nie pozostaje w sprzeczności z przepisami prawa. Zatem dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, mimo że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym przez przepisy Kodeksu postępowania cywilnego.

## Zarządzenia prezesa NFZ

**Zarządzenie Nr 30/2012/BK** Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 maja 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia.

## Zarządzenie

**Nr 29/2012/DSOZ** Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## Zarządzenie Nr 28/2012/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutycznej programy zdrowotnej.

## Rozporządzenia MZ

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2012 r.** zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 2012 r.** w sprawie sposobu oznakowania miejsc, rurociągów oraz pojemników i zbiorników służących do przechowywania lub zawierających substancje niebezpieczne lub mieszaniny niebezpieczne.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r.** w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r.** zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r.** w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji.

TRUDNY  
PACJENT

# Prosty przypadek



lek. med. Anna  
Pawelec, Kraków

Pacjent, o którym mowa to 35-letni mężczyzna. Cztery lata temu rozpoznano u niego chorobę Leśniowskiego-Crohna, od kilkunastu miesięcy w

remisji. Zgłosił się do lekarza rodzinnego podając trwający od ok. 1 doby kolkowy ból brzucha nasilający się przez ostatnich kilka godzin, zlokalizowany nad prawym talerzem biodrowym. Ból zaczął się ok. 2 godziny po zjedzeniu kebaba, pacjent skarżył się na nudności. W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono: WBC 13 tys., z przesunięciem obrazu w lewo, pozostałe wyniki morfologii w normie, amylaza 150 U/l, próby wątrobowe w normie.

W diagnostyce różnicowej zostały wzięte pod uwagę m.in.: zaostrzenie choroby podstawowej, infekcja wirusowa, kolka żółciowa, ostre zapalenie trzustki, zakażenie dróg moczowych. Ostatecznie pacjent został skierowany do szpitalnego oddziału ratunkowego z podejrzeniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego w celu dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia. Badanie fizykalne i wywiad wystarczyły, żeby podjąć decyzję o operacji u tego pacjenta. Dla przypomnienia kla-

syczne objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego to: ból brzucha z następującą nudnością/wymiotami, początkowo rozlany, później lokalizujący się nad prawym talerzem biodrowym (występują u ok. 50% pacjentów).

Zatem znając naszych pacjentów musimy widzieć nie tylko to, co wysuwa się na pierwszy plan (w tym wypadku zaostrzenie choroby podstawowej) – oceniamy całą perspektywę... Nie zapominajmy o tym w codziennej pracy.

INSPIRACJE  
Z INTERNETU

# Lekarzu, poznaj swoje prawa

**Lekarzom trudno jest odnaleźć się w gąszczu przepisów prawnych, dotyczących ich zawodu.**

Z pomocą przychodzi prawnik Radosław Tymiański, który na portalu prawalekarza.pl dzieli się swoimi wieloletnimi doświadczeniami.

Ideą portalu jest stworzenie przeciwwagi dla propagowanych dziś praw pacjenckich. Strona ma uświadomić lekarzom, że oni również mają swoje przywileje, z których powinni korzystać.

Przede wszystkim autor udostępni formularz, za pomocą którego można zadawać pytania prawne dotyczące indywidualnej sytuacji lub ogólnych zasad funkcjonowania służby zdrowia. Porady są przedstawiane na stronie głównej od najnowszych, w for-

mie odpowiedzi na konkretne pytania. W każdym przypadku autor podaje podstawę prawną swojej opinii. W oddzielnej zakładce znajduje się



tw. „Baza wiedzy”, podzielona na kilka aplikacji (zagadnienia ogólne; prawa lekarza; NFZ, recepty i refundacja; zgoda i informowanie; odpowiedzialność; dokumentacja). Taki

podział pozwala ograniczyć wyszukiwanie informacji do interesującej nas tematyki. Autor zadbał również o bezpośredni dostęp do aktów prawnych i zebrał w jednej zakładce podstawowe ustawy i rozporządzenia związane z prawem medycznym. Na migającym pasku „Aktualności” pojawiają się najnowsze informacje dotyczące zmian prawnych: projektów rozporządzeń, wchodzących w życie aktów prawnych czy uwag środowiska lekarskiego do rozporządzeń.

Dodatkowym cennym źródłem jest baza orzeczeń Sądu Najwyższego oraz Naczelnego Sądu Administracyjnego, które mogą stanowić wzór rozwiązań skomplikowanych spraw sądowych. Oprócz tego z wyroku znajdujemy tu komentarz interpretu-

jący daną decyzję sądu. Po przejrzaniu wszystkich informacji zebranych na stronie prawalekarza.pl, można sprawdzić swój stan wiedzy ze znajomości prawa medycznego. Krótki test pozwoli lekarzowi przekonać się, czy zna swoje obowiązki, ale również, czy jest świadomy swych uprawnień. Portal przygotowany przez prawnika specjalizującego się od lat w prawie medycznym jest cennym źródłem inspiracji i wiedzy. Oczywiście nie można traktować zawartych tu opinii jako podstawy prawnej, ale rozjaśniają one zagmatwane przepisy. W dobie coraz liczniejszych formalnych obowiązków mogą przestrzec przed popełnieniem błędów, który skutkowałyby dotkliwymi karami finansowymi. (dm)

PRAKTYKA  
ZA GRANICĄ

# W Holandii lekarz POZ jest fundamentem całego systemu



Maciej Deczyński,  
rezydent medycyny  
rodzinnej, Bydgoszcz

**Szacuje się, że w Holandii 90 proc. przypadków, które trafiają do Poradni Lekarza Rodzinnego jest zaopatrzonych w POZ i nie wymaga konsultacji specjalistycznych.**

Holenderska służba zdrowia uchodzi

za jedną z najlepszych w Europie, w dużym stopniu przyczyniła się do tego silna pozycja medycyny rodzinnej w całym systemie. Lekarz POZ zajmuje się tylko przyjmowaniem pacjentów, biurokracja jest ograniczona do zupełnego minimum. Jeśli chodzi o kwestię zdrowia i dbania o swoją kondycję, to Holendrzy są bardzo dobrze wyedukowanym społeczeństwem. Tłumaczy się to tym, że system opieki zdrowotnej, a szczególnie medycyna rodzinna ma w tym kraju bardzo długą tradycję. Pacjenci wiedzą, że po poradę lekarską należy się zgłosić dopiero wtedy, gdy

naprawdę istnieje taka konieczność. Lekarze rodzinni rzadko kierują do specjalistów, z większością problemów zdrowotnych radzą sobie sami. Zresztą pacjenci nawet o to nie proszą, gdyż mają o wiele większe zaufanie do swojego lekarza rodzinnego, który zajmuje się nimi nieraz przez wiele lat. Istnieją nawet takie sytuacje, w której pacjent w poważniejszym stanie, otrzymawszy zalecenia od specjalisty, udaje się z nimi do swojego lekarza POZ i pyta o opinię. W porównaniu z Polską uprawnienia lekarza POZ są rozszerzone o przeprowadzanie bardziej specjali-

stycznych badań czy chociażby opiekowaniem się pacjentami, którzy u nas leżeni są przez specjalistów. A jak wemy leczenie specjalistyczne jest dużo droższe. Medycyna rodzinna jako specjalizacja została stworzona po to, by poprawić sposób i tempo diagnostyki różnorodnych schorzeń, a także zmniejszyć koszty leczenia. W Holandii w taki właśnie sposób ten system funkcjonuje. Wydaje się, że w Polsce pozycja lekarza rodzinnego nie jest jeszcze na tyle silna, by mógł on przejąć całą odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. (as)

INDEKS NAZWISK

Boltruczuk Włodzimierz .....4	Grzybowski Andrzej .....8	Gabriela .....5	Moryś Janusz .....6	Piotrowski Piotr .....9	Skarżyński Henryk .....24	Zabielska-Gieciuch
Chan Margaret .....6	Janicka Bożena .....6, 10	Kozakiewicz Jacek .....3	Miś Czesław .....9	Pliśko Robert .....7	Steciwo Andrzej .....12	Joanna .....3
Czachowski Stawomir .....7	Jankowiak Krzysztof 5	Kozera Joanna .....9	Nowakowska Krystyna .....9	Poloński Lech .....11	Szczylik Cezary .....24	Zieliński Tomasz .....7
Deczyński Maciej 22	Jankowska-Zduńczyk	Koziołek Artur .....5	Nowiński Wiesław .....24	Puślecka Anna .....7	Szulc Jakub .....10	
Dobrzyńska-Pielichowska	Agnieszka .....4	Krajewski Jacek .....1, 6, 8, 10	Opolski Grzegorz .....11	Putz Jacek .....7	Tokarski Adam .....7	Autorzy:
Teresa .....10	Jannasz Paweł .....6	Kruszewska Milena .....11	Pacholicki Wojciech .....5	Przybyło Jacek .....23	Twardowski Marek .....6	Derenowicz Piotr .....18
Flisikowska Mirona .....3	Juraszek Marek .....5	Krzyżoń-Królewiecka Anna .....6	Pawelec Anna .....22	Radziejewicz-Winnicki	Tylewska-Wierzbanowska	Kozuch Michał .....16
Franczyk Jan .....9	Koc Andrzej .....11	Kryczka Leszek .....1	Pawlicki Marek .....11	Igor .....6	Staniśława .....20	Muszyńska Agnieszka .....13
Gaboń Wioleta .....6	Korzeniewski Krzysztof .....12	Luboński Grzegorz .....3	Perekitto Wojciech .....2	Rosińska-Migda Joanna .....5	Wilczek Jacek .....5	Wrześniewska-Wal Iwona 21
Goląbek Agnieszka .....10	Kowalska-Karaczun	Mordziątek Andrzej .....2	Piotrowski Jarosław .....4	Simon Krzysztof .....12	Wójcik Marek .....8	

# Działalność rodzi się przy okazji

Jacek Przybyło, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków, najpierw zajmuje się pacjentami, dopiero później sprawami środowiska lekarskiego.

Można powiedzieć, że Jacek Przybyło działalność społeczną ma we krwi. Jak wspomina, jego mama jeszcze w latach osiemdziesiątych angażowała się w różne zajęcia. Jako lekarz znający język francuski i niemiecki odbierała przesyłki z zagranicznymi lekami, które trzeba było rozpoznać i rozdzielić według potrzeb. – W domu zawsze coś się działo, byłem przyzwyczajony, że trzeba robić coś ponad pracę zawodową – mówi Jacek Przybyło.

Pewnie ten rodzinny wzór sprawił, że nigdy nie musiał biegać za dodatkowymi zajęciami, bo te znajdowały go same. – Często okazuje się, że jest coś do zrobienia i że akurat ja mogę to zrobić. Więc robię. Nie planuję tego, tak po prostu wychodzi – twierdzi.

Nic więc dziwnego, że zaangażował się w walkę z niekorzystnymi przepisami dotyczącymi wypisywania recept na leki refundowane. I kiedy część członków portalu Konsylium24 postanowiła założyć Stowarzyszenie Lekarzy Praktyków, został jego prezesem.

## Informatykę zastąpiłem medycyną

Przybyło jako prezes ma określoną wizję na codzienne działanie SLP. Chce, aby możliwe wiele spraw załatwiano online, a więc szybko, na bieżąco, z możliwością bezpośredniego dostępu dla członków. To wymaga dużej pracy. Ale jest konieczne z prostego powodu – statutowo członkowie SLP są praktykującymi lekarzami, czyli takimi, którzy swój czas poświęcają pacjentom i z tego żyją. Nie mają więc czasu na częste osobiste spotkania. – Skoro tak zaplanowaliśmy działanie, trzeba teraz wszystkich nauczyć, jak korzystać z możliwości internetu – argumentuje.

Pomysł nie jest przypadkowy. Do III klasy liceum prezes SLP był przekonany, że zostanie informatykiem. Fascynowały go nowe technologie i ich rozwój, ale bolało to, że w Polsce brakowało możliwości kształcenia na światowym poziomie. Dlatego ostatecznie zrezygnował z tej życiowej drogi i stwierdził, że medycyna również jest zajmującą dziedziną. – Może trochę zdeterminowały mnie geny. Moja matka jest neurologiem i choć przez całe życie nie chciałem pójść w jej ślady, stało się inaczej – opowiada Jacek Przybyło.

Na studiach medycznych najpierw wybrał specjalność neurologiczną, bo zawsze interesował go układ nerwowy. Dopiero później przeniósł się na psychiatrię, i tak już zostało. – Ciężko powiedzieć, czy żałuję tej decyzji. Na pewno dostrzegam minusy pracy psychiatrii. Po pierwsze, wymaga ona cią-



**Lek. med. Jacek Przybyło** jest specjalistą z zakresu psychiatrii i psychoterapii. Jest członkiem Głównego Sądu Koleżeńskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz członkiem Zarządu Fundacji Fastryga. Od stycznia 2012 roku pełni funkcję prezesa Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków, założonego przez część członków portalu Konsylium24 i zrzeszającego lekarzy różnych specjalności. Prywatnie ojciec trójki dzieci, żona Agnieszka jest nauczycielką w liceum ogólnokształcącym prowadzącym również profil wojskowy.

głego siedzenia, brakuje mi ruchu, co przecież odbija się na zdrowiu. Po drugie, na efekty terapii trzeba czekać czasem bardzo długo. To bywa frustrujące – opowiada. Dodaje, że wymarzoną dla niego specjalizacją byłoby połączenie chirurgii z psychiatrią. Niestety, chirurgia psychiatryczna jest jeszcze w sferze fantastyki naukowej i raczej, jeśli się rozwinie, będzie należeć do neurochirurgów.

## Sen złotym środkiem na stres

Sama psychiatria ma też swoje dobre strony. Na pewno uczy dużej elastyczności w kontaktach międzyludzkich, zrozumienia dla drugiego człowieka. Pomaga też radzić sobie ze stresem. To trochę paradoksalne stwierdzenie, bo przecież trudne sprawy pacjentów i ich problemy same w sobie generują ogromny, codzienny stres. Ale dzięki temu można się z nim oswoić.

– Od początku szkolenia jako psychoterapeuty, którym również jestem, uczymy się, czym jest stres, co z nim robić. Dlatego na co dzień nawet nie myślę o tym, jak to wygląda w moim prywatnym życiu. Po prostu mam pewne wyuczone mechanizmy, odruchy – wyjaśnia Jacek Przybyło. Zapewnia, że raczej nie stosuje specjalnych technik relaksacyjnych, które pomagają zregenerować siły po ciężkim dniu. Jedynym złotym lekarstwem jest dla niego sen. – Kiedy się po pracuje do

późnego popołudnia, wypełni wszystkie obowiązki domowe i położy dzieci spać, ma się ochotę tylko na to, żeby zasnąć – argumentuje. Innym sposobem na relaks jest ruch. Od jakiegoś czasu prezes SLP uprawia z kolegą nordic walking. Ponieważ obaj są dość zapracowani, muszą nawzajem się pilnować, aby zachować regularność tych spacerów. To mobilizuje.

Na sport zawsze próbuje znaleźć czas, bo w końcu „w zdrowym ciele zdrowy duch”. Na wolne weekendy szuka ciekawych miejsc, gdzie można nie tylko odpocząć, ale i choć trochę zająć się aktywnością. Twierdzi, że na Śląsku, gdzie mieszka, nie brakuje obiektów wartych odwiedzenia. Również wakacje planuje zawsze pod kątem tego, co w danym regionie można zrobić. Często jeździ do Jastarni, ćwiczy surfing i uczy tego swoje dzieci. Podkreśla, że warunki nad polskim morzem są na tyle dobre, że nie ma sensu wyjeżdżać nigdzie dalej. Drugim stałym kierunkiem wyjazdów są góry, gdzie cała rodzina jeździ na nartach. W tym przypadku wygrywa jednak Słowacja, którą odwiedzają co najmniej raz w roku.

Inną kategorią wyjazdów są te nastawione na zwiedzanie, wśród których dominują podróże po Europie. – Takie wycieczki organizujemy głównie ze względu na dzieci. Ja sam widziałem już sporo, ale chciałbym też im poka-

zać trochę świata – opowiada. Niestety, póki co nie wszędzie może wybrać się z dziećmi. Co prawda najstarsze ma już 14 lat, ale pozostałe (5 lat i 2,5 roku) nie wszędzie czują się dobrze, stąd organizacja wyjazdów bywa kłopotliwa. Między innymi dlatego często wraca z rodziną do raz odwiedzanych miejsc. Jacek Przybyło przyznaje, że po prostu lubi stałość i komfort, które dają sprawdzone już regiony. Podobnie jest z wyjazdami służbowymi, które wiążą się z zawodem lekarza. Ponieważ ogromną rolę odgrywa dla niego ciągłe dokształcanie w sprawach medycznych, często jeździ na kongresy i spotkania naukowe. Jak sam mówi, zdecydowanie chętniej zatrzymuje się w znanych sobie ośrodkach, niż w obcych hotelach.

## Lenistwo wymaga kreatywności

Kiedy brakuje czasu na dłuższe i krótsze wyjazdy, prezes SLP oddaje się pasji czytania. Zdecydowanie najbardziej lubi literaturę piękną, beletrystykę i fantastykę. W domu ma już dość dużą bibliotekę. Jej część zgromadziła jeszcze mama, ale do tej pory nie było czasu, aby wszystko przeczytać.

– Trudno mi powiedzieć, którzy autorzy są moimi ulubionymi. Cenię twórczość Stanisława Lema, Umberto Eco, Marii Janion. Na pewno nie lubię literatury płytkiej, obyczajowej, w której niewiele można znaleźć – opowiada. Dodaje, że są nazwiska, o których nie wypada mówić w kategoriach sympatii bądź jej braku. – Takiego Miłosza nie można lubić bądź nie. Jego po prostu trzeba znać.

Jacek Przybyło pół żartem, pół serio stwierdza, że jest leniwym człowiekiem. Dodaje jednak, że nie jest to tylko jego wada, bo przecież często okazuje się bardzo przydatna. – Gdy ktoś jest leniwy, musi kombinować, szukać wygodnych rozwiązań. Gdybym od razu wziął się za wszystkie zaplanowane sprawy, nie wpadłbym na wiele nowych pomysłów. Ktoś kiedyś powiedział, że lenistwo wymaga dużej kreatywności – argumentuje.

Mimo deklarowanego lenistwa, codziennie wstaje jeszcze przed szóstą. Odprowadza dziecko do przedszkola i już o 7.30 jest w swojej przychodni.

– Wolę przyjechać tak wcześnie, bo po ósmej po prostu nie mam gdzie zaparkować. Poradnia mieści się w centrum Katowic, więc poranna walka o miejsce do parkowania to chleb powszedni – żartuje Jacek Przybyło. A przecież musi być w poradni na czas, bo pacjenci nie mogą czekać. (dm)

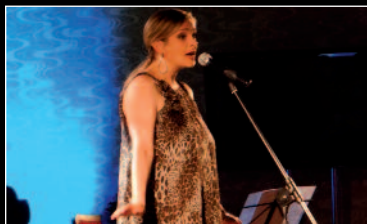
# Kongres PTMR po godzinach

Lekarze w czasie swoich naukowych zjazdów nie zapominają, że nie samą pracą człowiek żyje. Podobnie było w Karpaczu, gdzie zgromadzili się członkowie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Po wykładach i sesjach z radością korzystali z hotelowych basenów i saun. Nie zabrakło również wieczornych atrakcji. Pierwszego dnia uczestnicy mogli wysłuchać występu Agnieszki Różańskiej, która z aktorską ekspresją wykonała znane przeboje m. in. Agnieszki Osieckiej i Wojciecha Młynarskiego.

Kolejny dzień pokazał, że moda na retro jest modna. Zorganizowana impreza przebiegała pod hasłem lat 20. i 30. Lekarze doskonale wczuli się w ten klimat i bawili się do późnych godzin nocnych. (dm)

IV Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,  
24-25 maja 2012, Karpacz.



Laureaci 20 finału konkursu Teraz Polska

## Lekarze wśród wybitnych Polaków

Tegoroczna, rocznicowa gala nagród Teraz Polska, przyniosła dwa wyróżnienia dla środowiska lekarskiego.

W warszawskim Teatrze Wielkim uhonorowano profesorów, którzy promują Polskę za granicą. Tytuł „Wybitnego Polaka” przyznano pracującemu w Singapurze prof. Wiesławowi L. Nowińskiemu – twórcy komputerowych map mózgu oraz otolaryngologowi, prof. Henrykowi

Skarżyńskiemu – twórcy m.in. Światowego Centrum Słuchu. Statuetki wręczył marszałek Senatu Bogdan Borusewicz.

Oprócz nich laureatom przypadł szczyt pokrojenia jubileuszowego tortu. (dm)

Gala Finałowa Konkursu „Teraz Polska”,  
11 czerwca 2012, Warszawa



Chętnych do pokrojenia jubileuszowego tortu nie brakowało

## Profesor Szczylik laureatem Kryształowych Zwierciadeł

Profesjonalizm, empatia i walka o pacjenta – te cechy prof. Cezarego Szczylika doceniło jury tegorocznych nagród.

Kryształowe Zwierciadła to nagroda przyznawana osobom publicznym za ich działalność, postawę i cechy charakteru. W przypadku prof. Szczylika jury zwróciło uwagę, że jest on lekarzem, który nie tylko używa „szkiełka i oka”, ale i wspiera, daje nadzieję, walczy o pacjenta i jako onkolog kliniczny z wielkim oddaniem przeprowadza go przez czas największej próby. Obok prof.

Szczylika wśród laureatów znaleźli się Maja Komorowska, Leszek Możdżer i Janusz Głowacki.

Oprócz wręczenia statuetek, galę uświetniły koncerty gwiazd. Swoje recitale przygotowali Gaba Kulka, Monika Borzym i Leszek Możdżer – jeden z wyróżnionych. Jednak największe zainteresowanie wzbudził występ Kayah przy akompaniamencie muzyków z Młodej Polskiej Filharmonii. (dm)

Gala „Kryształowe Zwierciadła”,  
28 maja 2012, Warszawa



Prof. Cezary Szczylik podczas odbierania Kryształowego Zwierciadła



Galę uświetnił występ Kayah



W tym roku wyróżnieni zostali: Leszek Możdżer, prof. Cezary Szczylik, Maja Komorowska, Janusz Głowacki i Piotr Orzechowski