



MEDYCYN DYDAKTYKA WYCHOWANIE

ISSN 0137-6543

ROK XLIV

WARSZAWSKI UNIwersYTET MEDYCZNY

NR 9/2012

Zespół redakcyjny:

Prof. dr hab. Stefan Kruś – redaktor honorowy
Dr hab. Izabela Strużycka – redaktor naczelny
Dr Dariusz Kawecki – z-ca redaktora naczelnego
Mgr Cezary Ksel – sekretarz redakcji
Mgr Magdalena Zielonka – korekta

Rada Programowa i Naukowa:

Prof. dr hab. **Marek Krawczyk** – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. dr hab. **Sławomir Majewski** – Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą, dr hab. **Sławomir Nazarewski** – Prorektor ds. Klinicznych, Inwestycji i Współpracy z Regionem, prof. dr hab. **Anna Kamińska** – Prorektor ds. Kadr, prof. dr hab. **Marek Kulus** – Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych, prof. dr hab. **Mirosław Wielgoś** – Dziekan I Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. **Renata Górka** – Prodziekan ds. Oddziału Stomatologicznego, prof. dr hab. **Jerzy A. Polański** – Dziekan II Wydziału Lekarskiego, dr hab. **Kazimierz Szopiński** – Prodziekan ds. Oddziału Nauczania w Języku Angielskim, prof. dr hab. **Marek Naruszewicz** – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. nadzw. dr hab. **Zdzisław Wójcik** – Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu, prof. dr hab. **Zbigniew Gaciong** – Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Wydawca:

Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Senacka Komisja ds. Informacji Naukowej i Wydawnictw

Adres redakcji:

ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa
tel. (22) 57 20 615
e-mail: mdw@wum.edu.pl
http://mdw.wum.edu.pl

Zdjęcia:

Dział Fotomedyczny WUM
Prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część publikacji nie może być powielana bez zgody Wydawcy. Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Skład i druk:

Oficyna Wydawnicza WUM
ul. Pawińskiego 3, 02-106 Warszawa
tel. (22) 57 20 327, fax (22) 57 20 380
e-mail: oficynawydawnicza@wum.edu.pl
http://oficynawydawnicza.wum.edu.pl

Nakład: 500 egzemplarzy

CZASOPISMO JEST PUNKTOWANE W SYSTEMIE INDEX COPERNICUS

Z ŻYCIA WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

<i>Elwira Zielińska</i>	
Uroczyste przekazanie władzy	2
<i>Cezary Ksel</i>	
Wmurowanie kamienia węgielnego pod Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne WUM.....	3
<i>Cezary Ksel</i>	
Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii otwiera się na XXI wiek.....	6
<i>Cezary Ksel</i>	
Pamiątkowe tablice w budynku Medycyny Teoretycznej	8
<i>Dariusz Kawecki</i>	
Zmiana kierownictwa w Klinice Urologii.....	10
<i>Cezary Ksel</i>	
„Electronic Health and Medicine: Advances and Challenges” – międzynarodowa konferencja w Polskiej Akademii Nauk	11
<i>Iwona Drozdowska-Rusinowicz</i>	
Projekt BASTION – szansa dla onkologii.....	13
<i>Krzysztof Owczarek, Ewa Mojs, Bogusław Stelcer</i>	
Drugie spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii uczelni medycznych	15
<i>Marta Suchojad</i>	
Festiwal Nauki z WUM	18
<i>Dorota Włodarczyk, Marta Rządkiwiecz, Magdalena Łazarewicz, Mirosława Adamus</i>	
„Health Promotion Research – An International Forum. State of the art – Directions for the future” ..	20
<i>Cezary Ksel</i>	
10 lat Klubu Lekarza przy Raszyńskiej 54.....	23
<i>Jakub Paprotny</i>	
III Warszawski Piknik Archiwalny.....	25
<i>Elwira Zielińska</i>	
Z Senatu WUM.....	26
<i>Joanna Gotlib, Mariusz Panczyk</i>	
E-learning w WUM.....	28

ROZMOWY

Z prof. Andrzejem Górskim – o etycznych aspektach digitalizacji służby zdrowia.....	29
Z prof. Januszem Ślusarczykiem – o głównych problemach zdrowia publicznego	31
Z dr Małgorzatą Gawęł – o chorobie Alzheimera i szansach na wynalezienie skutecznej terapii	33

HISTORIA

<i>Maria J. Turos</i>	
Leopold Lafontaine. Słów kilka w dwusetną rocznicę śmierci.....	36

OPINIE

<i>Aneta Mela</i>	
Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane konieczne i opłacalne.....	42



Władze Rectorskie i Dziekańskie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kadencji 2012-2016. Rektor prof. Marek Krawczyk (w środku). W kolejności od prawej: dr hab. Sławomir Nazarewski, prof. Sławomir Majewski, prof. Mirosław Wielgoś, prof. Marek Kulus, prof. Renata Górka, prof. Marek Krawczyk, prof. Elżbieta Mierzwinska-Nastalska, prof. Piotr Małkowski, prof. Piotr Wroczyński, prof. Bolesław Samoliński, dr hab. Marek Kuch

Władze Rectorskie kadencji 2012-2016

Rektor

prof. dr hab. Marek Krawczyk

Prorektor ds. Dydaktyczno-Wychowawczych

prof. dr hab. Marek Kulus

Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą

prof. dr hab. Sławomir Majewski

Prorektor ds. Kadr

prof. dr hab. Renata Górka

Prorektor ds. Klinicznych,

Inwestycji i Współpracy z Regionem

dr hab. Sławomir Nazarewski

Władze Dziekańskie kadencji 2012-2016

Dziekan I Wydziału Lekarskiego

prof. dr hab. Mirosław Wielgoś

Dziekan II Wydziału Lekarskiego

dr hab. Marek Kuch

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

prof. dr hab. Piotr Wroczyński

Dziekan Wydziału Nauki o Zdrowiu

prof. dr hab. Piotr Małkowski

Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego

prof. dr hab. Bolesław Samoliński

Uroczyste przekazanie władzy

31 sierpnia 2012 roku odbyło się posiedzenie Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na którym uroczyście przekazano władzę jednoosobowym organom Uczelni, wyłonionym podczas wyborów na kadencję 2012-2016, rozpoczynającą się 1 września. Spotkanie poprowadził prof. Józef Sawicki – zastępca Przewodniczącego Uczelnianej Komisji Wyborczej.

Podczas tego samego posiedzenia Senatu Rektor prof. Marek Krawczyk wręczył gratulacje z okazji uzyskania tytułu profesora: Panu prof. dr hab. Dariuszowi Kęcikowi – Kierownikowi Katedry i Kliniki Okulistyki oraz Pani prof. dr hab. Magdalenie Marczyńskiej – Kierownikowi Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego.

Ponadto JM Rektor wręczył powołania Kierownikom Wydziałowych Studiów Doktoranckich: Pani dr hab. Katarzynie Życińskiej – do pełnienia funkcji Kierownika Studium Doktoranckiego I Wydziału Lekarskiego oraz Pani prof. dr hab. Magdalenie Marczyńskiej – do pełnienia funkcji Kierownika Studium Doktoranckiego II Wydziału Lekarskiego.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjne WUM



10 września 2012 roku wmurowano kamień węgielny pod budynek Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Będzie to nowoczesne miejsce przeznaczone zarówno do uprawiania sportu akademickiego, jak i wyczynowego, służące studentom fizjoterapii w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych oraz naukowcom prowadzącym badania z zakresu medycyny sportowej.

Już w kulturze greckiej *gimnastike*, czyli trening ciała, był, wraz ze zdobywaniem wiedzy z zakresu sztuk, jednym z dwóch filarów edukacji. Zainteresowanie sportem wykazywał m.in. Platon, który uznawał gimnastykę za jeden z głównych aspektów wychowania przyszłych władców oraz jeden z podstawowych czynników ludzkiej aktywności. Pierre de Coubertin w przemówieniu na Kongresie Paryskim w 1894 roku podkreślił, że kultura grecka rozumiała i pojmowała wszystkie najważniejsze cnoty i wartości płynące z uprawiania ćwiczeń fizycznych, wśród których znalazły się m.in. dążenie do piękna i zdrowia, ale też poszukiwanie harmonii między ciałem a duszą, czy wreszcie poszukiwanie szczęścia w życiu. Tak pojmowany sport jest również bazą, na której zbudowana jest filozofia sportu akademickiego. Jednak na przeszkodzie do pełnego zrealizowania idei sportu uniwersyteckiego stało od dawna niewystarczające zaplecze dydaktyczne. Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego diametralnie zmieni tę sytuację. Stanie się nie tylko nowoczesną bazą dydaktyczną dla studentów naszej *Alma Mater* i innych stołecznych uczelni, ale też miejscem pracy i edukacji studentów fizjoterapii oraz centrum, gdzie prowadzone będą badania nad sportem wyczynowym.

Geneza Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego sięga 2009 roku. Wówczas to podpisano list



Rektor prof. Marek Krawczyk podczas przemówienia z okazji wmurowania kamienia węgielnego pod budowę CSR



Prof. Barbara Kudrycka – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego podpisuje Przesłanie Władz WUM i Gości



Ewa Kłobukowska – Przewodnicząca Komitetu Honorowego budowy CSR składa podpis pod Przesłaniem



Rektor prezentuje Przesłanie z podpisami Władz Uczelni oraz przybyłych Gości

intencyjny postulujący utworzenie Warszawskiej Przestrzeni Sportu Akademickiego. Warszawski Uniwersytet Medyczny, będący jednocześnie inicjatorem tego przedsięwzięcia, przekonał do włączenia się do projektu Uniwersytet Warszawski, Politechnikę Warszawską oraz Szkołę Główną Handlową. W miesiącach następnych chęć partycypowania w tej inicjatywie zgłosiły także inne uczelnie, w tym Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego oraz Wojskowa Akademia Techniczna. Problemy niedostatecznej infrastruktury do uprawiania sportów akademickich oraz chęć zmiany tego stanu leżały u podstaw porozumienia stołecznych uczelni oraz wspólnego poszukiwania środków na rozpoczęcie budowy i przekazanie niebawem studentom centrum sportowego na miarę XXI wieku.

Uroczyste wmurowanie kamienia węgielnego odbyło się 10 września 2012 roku. Na zaproszenie Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marka Krawczyka, w uroczystości uczestniczyła Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Barbara Kudrycka, Ministerstwo Zdrowia reprezentował Aleksander Sopiński, Ministerstwo Sportu i Tu-

rystyki – Grzegorz Karpiński. Nie mogło również zabraknąć przedstawicieli uczelni, które podpisały 3 lata temu list intencyjny: byłego Rektora Uniwersytetu Warszawskiego prof. Katarzyny Chałasińskiej-Macukow, Rektora Politechniki Warszawskiej prof. Jana Szmidta oraz Rektora Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie – prof. Adama Budnikowskiego. Ponadto zaszczylił nas swoją obecnością prof. Wiesław Banyś – Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich oraz Rektorzy innych warszawskich uczelni wyższych. Środowisko sportowe reprezentował prezes PKOI Andrzej Kraśnicki, prezes Polskiego Związku Pływackiego Krzysztof Usielski oraz liczne grono sportowców, m.in. Ewa Kłobukowska, Irena Szewińska, Otylia Jędrzejczak, Józef Grudzień. We wmurowaniu kamienia węgielnego pod nową inwestycję WUM uczestniczyli także Prorektorzy, Dziekani, byli Rektorzy naszej Uczelni oraz szerokie grono kadry akademickiej.

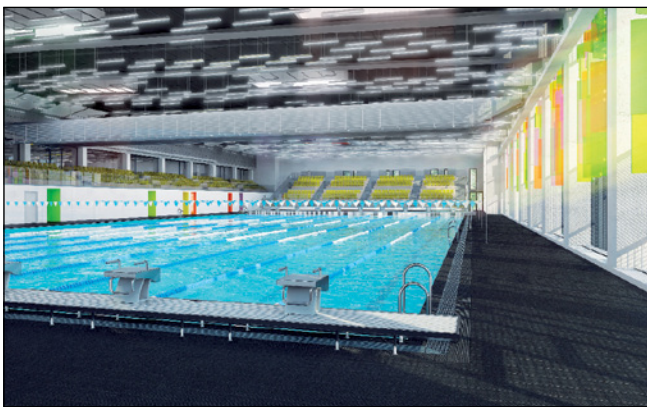
Rektor prof. Marek Krawczyk przypomniał nazwiska najważniejszych osób, których działalność i zaangażowanie sprawiły, że idea budowy Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego zaczęła nabierać re-



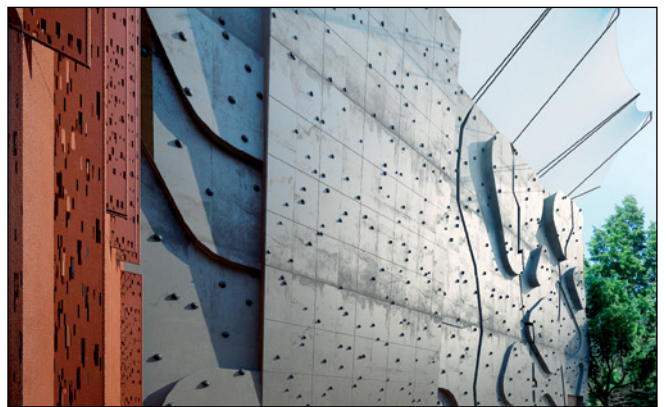
Rektor oraz Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego dokonują aktu wmurowania Przesłania



Wmurowany dokument został poświęcony przez księdza Tadeusza Aleksandrowicza



W CSR znajdują się dwa baseny: jeden olimpijski oraz drugi szkoleniowy



Inwestycja pochłonie ok. 115 mln zł. Na zdjęciu nowoczesna ściana wspinaczkowa, która będzie częścią CSR

alnych kształtów. Oprócz Rektorów uczelni, które podpisały się pod listem intencyjnym, prof. Marek Krawczyk wymienił nazwisko obecnej Minister Sportu i Turystyki Joanny Muchy oraz byłego Ministra tego resortu Adama Giersza wraz z jego poprzednikiem oraz byłych wiceministrów Ryszarda Stachurskiego oraz Tomasza Półgrabskiego. Wielkie zasługi przy finansowaniu tego projektu mieli także Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego prof. Barbara Kudrycka oraz resort zdrowia. Za wielką pomoc doradcą przy sporządzaniu planu koncepcyjnego centrum Rektor podziękował prezesowi PKOl Andrzejowi Kraśnickiemu oraz Prezesowi Polskiego Związku Pływackiego Krzysztofowi Usielskiemu. Rektor poinformował, że CSR dostępne będzie dla studentów i pracowników szkół wyższych, organizowane w nim będą krajowe i międzynarodowe zawody sportowe, a w miarę możliwości skorzystać z centrum będą mogli także mieszkańcy Warszawy.

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego podkreśliła trzy fakty, które sprawiły, że inwestycja pod nazwą Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne jest tak wyjątkowa: po pierwsze – jest ona efektem porozumienia Rektorów uczelni warszawskich na niespoty-

kaną dotąd skalę, po drugie – o sukcesie inwestycji świadczy montaż finansowy, który zakłada finansowanie budowy ze źródeł trzech ministerstw, po trzecie – wielką wartością jest przekonanie do poparcia dla idei budowy centrum sportowego wybitnych ludzi sportu wyczynowego oraz znanych olimpijczyków.

Gratulacje dla pomysłodawców budowy Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego przekazali także: Ewa Kłobukowska – Przewodnicząca Komitetu Honorowego budowy, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Sportu i Turystyki Grzegorz Karpiński oraz Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Aleksander Sopiński.

Centrum Sportowo-Rehabilitacyjne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego powstanie przy ul. Księcia Trojdena na terenie Kampusu Banacha. Prace rozpoczęły się pod koniec czerwca. Wg harmonogramu prac stan surowy zamknięty inwestycja osiągnie z końcem grudnia 2013 roku, zakończenie budowy zaplanowano na grudzień 2014 roku.

Cezary Ksel

Redakcja „MDW”

więcej na www.wum.edu.pl

Wizualizacje: Zespół Projektowy Kontrapunkt V-Projekt

Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii otwiera się na XXI wiek

Dzieje Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii (w latach 1990-2001 działającej pod nazwą Klinika Chorób Wewnętrznych Instytutu Stomatologii) sięgają już ponad 20 lat. Jednak oddanie we wrześniu do użytku całkowicie zmodernizowanego i wyremontowanego zabytkowego budynku rozpoczyna zupełnie nowy rozdział w historii jednostki. Teraz to wzorcowa klinika kardiologiczna XXI wieku.



Całkowicie wyremontowany budynek, ultranowoczesne wnętrze, najnowsza aparatura spełniająca wymagania współczesnej medycyny, przestronne i wygodne sale dla chorych – tak, po gruntownej przebudowie i modernizacji, wygląda Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 5 września 2012 roku, w dniu oficjalnego otwarcia budynku, pod wrażeniem byli wszyscy Goście zaproszeni przez prof. Piotra Pruszczyka, Kierownika tej jednostki od 2006 roku. Na tę wyjątkową okoliczność sta-

wili się również specjalni goście, m.in. prof. Barbara Kudrycka – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, prof. Marek Krawczyk – Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Aleksander Sopiński – Wiceminister Zdrowia, prof. Janusz Wyzgał – Dyrektor Szpitala Dzieciątka Jezus, na terenie którego mieści się Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii. Obecni byli także Prorektorzy, Dziekani i Prodziekani I i II Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni, były Rektor prof. Leszek Pączek, Kanclerz mgr Małgorzata Kozłowska. Wśród wielu wybit-

nych osób znaleźli się także prof. Grzegorz Opolski – konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii oraz prof. Hanna Szwed, pełniąca funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii. Poświęcenia budynku dokonał bp Tadeusz Pikus.

Gruntowny remont oraz modernizacja budynku możliwa stała się nie tylko dzięki wielkiemu zaangażowaniu i determinacji prof. Pruszczyka oraz całego zespołu kliniki, wsparciu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz pomocy dyrektora Szpitala Dzieciątka Jezus,



W budynku kliniki dokonano gruntownego remontu, zarówno jego wnętrza, jak i elewacji



Wszyscy Goście zwiedzili wnętrze budynku oraz nowoczesne sale



Prof. Piotr Pruszczyk przecięciem wstęgi oficjalnie otworzył odnowiony budynek Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii. Obok prof. Pruszczyka: prof. Barbara Kudrycka, Aleksander Sopliński oraz Rektor prof. Marek Krawczyk



W leczeniu żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej bezcenny dla kliniki okaże się nowoczesny angiograf

ale też dzięki pozyskaniu środków z trzech różnych źródeł: Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (8,5 mln zł), w tym Funduszu Nauki i Technologii Polskiej (3,6 mln zł), Ministerstwa Zdrowia (6,2 mln zł) oraz Funduszy strukturalnych Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (8,5 mln zł). Uzyskane środki pozwoliły na całkowite odnowienie wnętrza i fasady budynku oraz zakup najnowocześniejszej aparatury, w tym cyfrowego angiografu.

Prof. Piotr Pruszczyk przypomniał, że dzień otwarcia zmodernizowanego budynku kliniki symbolicznie kończy 5-letni okres działań, których początkiem stały się rozmowy w gronie pracowników kliniki nad koncepcją modernizacji ośrodka, otwierającego

go na wyzwania nowoczesnej medycyny. Jesienią 2008 roku, przy wsparciu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, podjęto starania o otrzymanie dotacji z Ministerstwa Nauki na rozwój infrastruktury naukowej. W tym samym roku złożono także projekt do Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. W 2011 roku rozpoczęto prace budowlane, które zakończyły się oddaniem do użytku nowoczesnego ośrodka z 40-toma łóżkami, w tym 8-ma łóżkami opieki kardiologicznej. Prof. Pruszczyk zaznaczył pilną potrzebę stworzenia nowoczesnego ośrodka zajmującego się zatorowością płucną, ponieważ schorzenie to jest, po zawale serca i udarze mózgu, trzecią co do częstości przyczyną bezpośredniego zagro-

żenia życia, a także drugą co do częstości przyczyną zgonów ciężkich. A ponieważ żylna choroba zakrzepowo-zatorowa jest nadal przedmiotem wielu badań klinicznych, otwarcie zmodernizowanej kliniki przyczyni się również do wzmocnienia potencjału naukowego naszej Uczelni oraz prowadzenia dalszej współpracy z ośrodkami z Niemiec, Francji, Włoch i Hiszpanii w ramach akademickiej sieci badawczej EPENET.

Prof. Barbara Kudrycka zaznaczyła, że we współczesnym świecie zmagania nauki i badań naukowych ze słabościami ludzkiego życia tylko nowoczesne ośrodki, wykorzystujące najnowszą aparaturę, mają szansę przyczynić się do postępu w nauce i pomóc w zmaganiach ludzi

w walce z chorobami. Z pełnią uznania odniosła się do wykreowanej przez zespół prof. Pruszczyka koncepcji finansowania modernizacji kliniki, który zakładał montaż finansowy, polegający na zdobyciu funduszy z dwóch ministerstw oraz z środków strukturalnych. Ten typ pozyskiwania środków uznała za najbardziej skuteczny i wzorcowy dla innych ośrodków w Polsce.

Z kolei Rektor prof. Marek Krawczyk gratulował prof. Pruszczykowi i całemu zespołowi kliniki stworzenia nowej jakości służącej nie tylko do lepszego leczenia pacjentów z zatorowością płucną, ale też rozwijania badań naukowych oraz dydaktyki studentów. Natomiast Aleksander Sopliński

zwrócił uwagę na wielki wymiar społeczny, który razem z wymiarem naukowym oraz medycznym, składają się na obraz zmodernizowanej kliniki. Ilość osób, u których zdiagnozowane zostają żylne choroby zakrzepowo-zatorowe jest olbrzymia, dlatego otwarcie nowoczesnej placówki medycznej zajmującej się leczeniem tego schorzenia ma, w opinii Wiceministra Soplińskiego, tak duże znaczenie.

Otwarcie zmodernizowanej Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii to wielki krok w stronę przyszłości. Skorzystają na tym wszyscy, przede wszystkim pacjenci, którzy otrzymali optymalne warunki do leczenia, studenci zadowoleni będą z możliwości kształcenia się w miejscu

spełniającym światowe standardy, natomiast nauka polska wzbogaciła się o ośrodek, który, dzięki zastosowaniu najnowocześniejszej aparatury, rozwijać będzie badania nad zatorowością płucną.

Ksiądz biskup Stanisław Pikus, przed poświęceniem nowego budynku kliniki, podkreślił, że każda choroba jest udręką człowieka. I wszelka ulga, którą dostarczamy drugiemu jest ogromną pomocą i objawem przede wszystkim miłości bliźniego. Zmodernizowana klinika prof. Pruszczyka daje nadzieję wszystkim chorym na troskliwą opiekę specjalistów i powrót do zdrowia.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Pamiątkowe tablice w budynku Medycyny Teoretycznej

Gmach Medycyny Teoretycznej przez lata był symbolicznym łącznikiem pomiędzy naszą Uczelnią a Uniwersytetem Warszawskim.

Od 1916 roku mieściły się tam kliniki Wydziału Lekarskiego, początkowo wchodzące w skład UW, następnie Akademii Medycznej, a od 2008 roku Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Odsłonięte tablice upamiętniają niezwykle okres nauczania medycyny w budynku, który jest symbolem nie tylko tragicznych dziejów miasta, ale też edukowania kolejnych pokoleń adeptów sztuki lekarskiej.

Historia budynku przy Krakowskim Przedmieściu 26/28 sięga początków XIX wieku. Był miejscem spektakularnych wydarzeń, ważnych z punktu widzenia dziejów Polski i Warszawy. Odbýwały się w nim państwowe uroczystości, wykłady znanych osobistości, a po powstaniu styczniowym w jego wnętrzach ulokowano Szkołę Sztuk Pięknych. Dopiero jednak po roku 1916 w gmachu tym zaczęło „rządzić” nauczanie medycyny. Wtedy to rozpoczęły w nim

działalność wydziały medyczne odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego, a sam budynek zaczęto nazywać budynkiem Medycyny Teoretycznej. Niezwykłą kartą w dziejach gmachu przy Krakowskim Przedmieściu był fakt rozpoczęcia w jego wnętrzach działalności Prywatnej Szkoły Zawodowej Dr. Jana Zatorskiego dla Pomocniczego Personelu Sanitarnego w Warszawie (w latach 1941-1943). Ta legalna instytucja była jedynie przykrywką dla otwarcia zakonspi-

rowanego Wydziału Lekarskiego UW. W 1950 roku – po utworzeniu Akademii Medycznej w Warszawie – budynek został przejęty przez naszą Uczelnię, która zarządzała nim do 2012 roku.

Dlatego odbywające się 28 sierpnia uroczyste odsłonięcie tablic upamiętniających działalność katedr i zakładów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a do 1949 roku Uniwersytetu Warszawskiego, miało tak doniosłe znaczenie. Było dowodem pamięci o twórcach i kierownikach klinik



Tablica pamiątkowa przy wejściu do gmachu Medycyny Teoretycznej

działających tam w latach 1916-2012. W ciągu tych niemal stu lat gmach Medycyny Teoretycznej był miejscem pracy wybitnych autoritetów świata medycyny, którzy przekazywali swoją wiedzę kolejnym generacjom studentów kształcących się w zawodzie lekarza. To w tym budynku prof. Franciszek Czubalski (pierwszy Rektor Akademii Medycznej w Warszawie) kierował przez niemal 45 lat Katedrą Fizjologii Człowieka (w latach 1916-1960). Także w tym gmachu w okresie 1974-1991 kierownikiem Katedry Farmakologii Eksperymentalnej był prof. Zbigniew Szreniawski (były Dziekan I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej). Jednak każda z osób, której nazwisko widnieje na tablicach, miała ogromny wpływ na rozwój Uczelni i nauczania medycyny w Warszawie.

Odsłonięcia tablic dokonali Rektorzy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu Warszawskiego – prof. Marek Krawczyk oraz prof. Katarzyna Chałasińska-Macukow.

Towarzyszyły im ważne postacie obu uczelni, w tym byli Rektorzy, obecni oraz byli Dziekani.

Tego dnia odsłonięto trzy tablice. Tablica główna umieszczona została przy centralnym wejściu do budynku, oprócz informacji o sześciu jednostkach działających w gmachu Medycyny Teoretycznej oraz ich kierownikach, przedstawiono na niej płaskorzeźby z wizerunkiem pierwszych kierowników ulokowanych w budynku katedr. Na drugiej tablicy, wykonanej ze szkła, umieszczono nazwy klinik wraz z następującymi po sobie kierownikami tych jednostek. Tablicę tę, wraz z Rektorami WUM i UW odsłonił dr Andrzej Zaorski, syn dr. Jana Zaorskiego, inicjatora tajnego nauczania medycyny w budynku podczas II wojny światowej. Ostatnią tablicę odsłonięto z boku budynku.

Przez niemal sto lat ponad 30 wybitnych przedstawicieli świata medycyny kierowało sześcioma jednostkami znajdującymi się w budynku Medycyny Teoretycz-

nej: Katedrą i Zakładem Fizjologii Człowieka (obecnie Katedra i Zakład Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej), Katedrą i Zakładem Farmakologii Eksperymentalnej (obecnie Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej), Zakładem Chemii Ogólnej (obecnie Katedra i Zakład Chemii Medycznej), Katedrą i Zakładem Farmakodynamiki (obecnie Zakład Farmakodynamiki), Katedrą i Zakładem Patologii Ogólnej i Doświadczalnej, Katedrą i Zakładem Chemii Fizycznej (obecnie Katedra i Zakład Biochemii).

W tym roku historyczny budynek Medycyny Teoretycznej przejął Uniwersytet Warszawski, planując remont oraz stworzenie w nim miejsca dla studentów dziennikarstwa i nauk politycznych. Jednak za sprawą odsłoniętych tablic, pamięć o niezwyklej historii tego miejsca, związanej z nauczaniem medycyny, nie przeminie.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Zmiana na stanowisku kierownika Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM

1 października nowym Kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej WUM zostanie prof. dr hab. Piotr Radziszewski.

Uroczyste przekazanie kierownictwa nastąpiło 26 września w obecności prof. dr hab. Andrzeja Borkowskiego – prowadzącego Klinikę w latach 1978-1980 oraz 1992-2012. Uroczystość zaszczycił swoją obecnością Rektor WUM prof. dr hab. Marek Krawczyk. Warto z tej okazji przytoczyć kilka faktów historycznych.

Profesor Andrzej Borkowski jest jednym z najbardziej znanych polskich urologów w Europie. Należy do grona członków honorowych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, Słowackiego Towarzystwa Urologicznego, Czeskiego Towarzystwa Urologicznego, Węgierskiego Towarzystwa Urologicznego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU).

W latach 1992-2000 sprawował funkcję członka zarządu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego.

Otrzymał dwa najwyższe odznaczenia w urologii europejskiej: medal Félix'a Guyon'a i medal Willy'ego Gregoir'a.

Od 2012 roku piastuje stanowisko członka Academy of Urology – ciała doradczego Zarządu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego.

Od 1984 roku jest nieprzerwanie członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Urologicznego, w latach 1984-1992, jako Wiceprezes, 1992-2000 jako Prezes, a od 2000 roku jako Przewodniczący Komitetu Naukowego PTU.

Pod kierownictwem prof. Andrzeja Borkowskiego Klinika



Uczestnicy spotkania na pamiątkowej fotografii



Na zdj. od prawej: Rektor WUM prof. Marek Krawczyk, prof. Piotr Radziszewski, prof. Andrzej Borkowski, prof. Mirosław Wielgoś, prof. Janusz Wyzgał

Urologii zyskała międzynarodowe uznanie.

W 1999 roku, w 50 rocznicę powołania Polskiego Towarzystwa Urologicznego, zorganizował Zjazd PTU w Warszawie z udziałem czołowych urologów europejskich.

Asystenci Kliniki (obecnie prof. Piotr Radziszewski) od wielu lat są członkami Komii-

tetu Naukowego Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Uczestniczą jako zaproszeni wykładowcy i przewodniczą sesjom naukowym w ramach zjazdów Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego.

W latach międzywojennych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Marszałka Józefa Piłsudskiego w Warszawie urologia była nauczana w ramach chirurgii. Jednak już wówczas narastało przekonanie o potrzebie usamodzielnienia się i stworzenia odrębnej katedry. Stało się tak w 1951 roku. Wtedy to utworzono – na bazie istniejącego od 1943 roku oddziału urologicznego Szpitala Dzieciątka Jezus – Klinikę Urologii AM w Warszawie, której kie-

rownictwo powierzono doc. Zygmuntowi Traczykowi.

W ciągu ponad 60 lat istnienia Kliniki, kierowali nią wybitni specjaliści oraz wspaniali naukowcy, m.in. prof. Stefan Wesołowski (w latach 1954-1978) oraz prof. Tadeusz Krzeski (1980-1992).

dr Dariusz Kawecki
Redakcja „MDW”

„Electronic Health and Medicine: Advances and Challenges”

międzynarodowa konferencja w Polskiej Akademii Nauk

Grono wybitnych autorytetów
wzięło udział w zorganizowanej
27 września przez Polską
Akademię Nauk konferencji
dotyczącej zagadnienia e-zdrowia.
Na zaproszenie prof. Andrzeja
Górskiego, w konferencji
zgodził się wziąć udział m.in.
prof. Harvey V. Fineberg
– Prezes Instytutu Medycyny
Amerykańskiej Akademii Nauk
w Waszyngtonie. Dzień później
prof. Fineberg uczestniczył
w seminarium dla pracowników
i studentów Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego.

Trudno nie dostrzec coraz wyraźniejszego wpływu cyfryzacji i informatyzacji na życie ludzkie. Zarówno w codziennym postępowaniu, jak i w praktyce zawodowej, mamy do czynienia z efektami postępującej digitalizacji, która z reguły ułatwia życie, ale może być też źródłem wielu problemów. Nie inaczej jest w przypadku zastosowania najnowocześniejszych narzędzi informatyki w systemie ochrony zdrowia i współczesnej medycynie. Rozsądne i rozsądne wykorzystanie najnowocześniejszych zdobyczy informatyki w służbie zdrowia może przynieść dobroczynne rezultaty, jednak zbyt pochopne ich wprowadzenie, bez zastosowania odpowiednich procedur zabezpieczających, może spowodować więcej złego niż dobrego. Wieloaspektowe spojrzenie na system e-health, podjęcie rozmowy oraz refleksja nad głównymi zaletami, ale i zagrożeniami, które wiążą się z wykorzystaniem w ochronie zdrowia najważniejszych zdobyczy współczesnej informatyki oraz problemy natury etycznej i prawnej pojawiające się przy tego typu procesach – te zagadnienia były głównymi tematami wrześniowej konferencji.

Oprócz prof. Harvey’a V. Fineberga konferencję zaszczylicili swoją obecnością dr Peteris Zilgalvis i dr Siobhan O’Sullivan – przedstawiciele Komisji

Europejskiej, dr Matthias von Schwanenflügel – reprezentujący niemieckie Ministerstwo Zdrowia, a także prof. Romuald Krajewski – wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, prof. Sławomir Majewski – Proroktor ds. Nauki i Współpracy z Zagranicą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr Leszek Sikorski – dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Prof. Fineberg mówił o tym, w jakim kierunku zmierza wprowadzanie technologii informatycznych w amerykańskiej służbie zdrowia. Zauważył, że w USA obserwowana jest szybka ewolucja w podejściu do Electronic Health Record (EHR) oraz we wdrażaniu tego systemu w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia, za-

równy w szpitalach, jak i u lekarzy pierwszego kontaktu. Mimo to system EHR działa w niewielu placówkach. Poinformował, że w tej chwili mniej niż 25% szpitali posiada wdrożony system EHR, także mniejszość lekarzy pierwszego kontaktu posiada takie systemy. Prognozy są jednak bardzo optymistyczne. Liczba placówek z wdrożonym programem EHR znacząco będzie rosła z dwóch powodów: jednym z nich jest poprawa jakości świadczonej usługi zdrowotnej dzięki zastosowaniu tego systemu, drugi powód wynika z zachęty finansowej, którą stosuje rząd USA dla szpitali decydujących się na wcielenie w życie tego rozwiązania.

Dr Siobhan O’Sullivan, przedstawicielka Komisji Europejskiej oraz członek Europejskiej Rady ds. Etyki w Nauce i Nowych Technologiach przedstawiła stanowisko Rady w sprawie coraz szybciej rozwijającego się e-zdrowia w Europie. Zauważyła, że system oparty na e-health wprowadza zupełnie nowy sposób kształtowania relacji lekarz-pacjent. Jednak narzędzia informatyczne zastosowane w EHR mogą powodować wiele zagrożeń. Przede wszystkim jest to bezpieczeństwo danych pacjentów. Wobec takiego zagrożenia istnieje konieczność zagwarantowania, aby jedynie osoby upoważnione miały wgląd



Na zdj. od lewej: prof. Harvey V. Fineberg, dr Siobhan O'Sullivan i dr Leszek Sikorski podczas konferencji w PAN



Na zdj. od prawej: prof. Harvey V. Fineberg, prof. Andrzej Górski i prof. Mirosław Wielgoś w Sali Senatu WUM



Prof. Harvey V. Fineberg podczas wykładu w Sali Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Spotkanie zgromadziło tłumy studentów i doktorantów naszej Alma Mater

w dane medyczne pacjenta. Zwróciła także uwagę na inny niebezpieczny aspekt digitalizacji, tzw. medycyny internetowej, która związana jest z umieszczaniem na stronach www złej jakości oraz nieautoryzowanych treści dotyczących chorób.

Dr Peteris Zilgalvis, również reprezentujący Komisję Europejską, zaznaczył, że wprowadzenie systemu e-zdrowia może dawać wymierne korzyści finansowe w postaci oszczędności. Jednak stosowanie systemu elektronicznej recepty czy elektronicznego rekordu pacjenta może skutkować oszczędnościami tylko w przypadku, gdy wraz z wdrażaniem nowoczesnych technologii pójdzie szerzej zakrojona reforma całej służby zdrowia. W przeciwnym razie, wprowa-

dzenie elementów e-health do chaotycznego systemu ochrony zdrowia nie poprawi warunków oraz nie doprowadzi do oszczędności. Ponadto podał przykład Estonii, gdzie w ciągu roku od momentu uruchomienia systemu e-recepta, 90% osób skorzystało z tego systemu, ponieważ był prosty, efektywniejszy oraz oszczędzał czas.

Dr Leszek Sikorski, mówiąc o tym, na jakim etapie znajduje się nasz kraj we wprowadzaniu elementów e-zdrowia, wspomniał o dwóch zrealizowanych w ubiegłym roku prototypach: recepty elektronicznej oraz internetowego konta pacjenta. Natomiast na początku 2013 roku wprowadzony zostanie kolejny prototyp, realizowany w kilku miejscach kraju, który będzie

zbliżony do docelowego modelu funkcjonowania systemu, którego wdrażanie zacznie się na początku 2015 roku.

Dzień później, 28 września prof. Harvey V. Fineberg wziął udział w seminarium w Sali Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, podczas którego wygłosił dwa wykłady: „The power of an Idea to Bring Ideas to Power – the organization, work and achievements of the Institute of Medicine” oraz „Precision Medicine and e-Health – the promise and pitfalls in applying information technologies to health care”.

Cezary Ksel
Redakcja „MDW”

Projekt BASTION szansa dla onkologii

30 sierpnia br. Warszawski Uniwersytet Medyczny i Komisja Europejska zawarły umowę o dofinansowanie projektu BASTION, który zgłoszony był do konkursu 7. Programu Ramowego REGPOT 2012-2013.

Wniosek projektowy został wysoko oceniony przez grupę ekspertów. Otrzymał 14,5 punktu na 15 możliwych.



BASTION (*From Basic to Translational Research in Oncology*) jest wielodyscyplinarnym projektem naukowym, dofinansowanym przez Komisję Europejską w ramach 7. Programu Ramowego REGPOT-2012-2013-1. Celem projektu jest zwiększenie potencjału badawczego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dziedzinie onkologii doświadczalnej oraz próba wykorzystania wyników badań podstawowych w praktyce klinicznej (*from bench to bedside*). Badania naukowe koncentrować się będą w szczególności wokół personalizowanej onkologii i opracowywania diagnostycznych i terapeutycznych metod dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorych.

Projekt obejmuje współpracę 10. grup badawczych WUM, reprezentowanych przez grupę około 100 pracowników naukowych, prowadzących niezależne badania naukowe w dziedzinie onkologii. Badacze ci są silnie zmotywowani do utworzenia międzywydziałowej grupy ba-

z innymi grupami naukowców w obrębie Kampusu Banacha.

Koordynatorem projektu jest prof. Jakub Gołąb – Kierownik Zakładu Immunologii WUM. Członkami zespołu i liderami zadań projektowych są: prof. Sławomir Majewski (Kierownik Kliniki Dermatologii i Wenerologii Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową); prof. Zbigniew Gaciong (Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii); prof. Tomasz Hermanowski (Kierownik Zakładu Farmakoekonomiki); prof. Rafał Płoski (Kierownik Zakładu Genetyki); dr hab. Paweł Włodarski (Katedra i Zakład Histologii i Embriologii); dr hab. Krystian Jażdżewski (Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby); dr hab. Dominika Nowis, dr Magdalena Winiarska i dr Tomasz Stokłosa z Zakładu Immunologii oraz dr Piotr Religa (Szpital Kliniczny przy ul. Banacha). Do zespołu dołączył ostatnio dr Radosław Zagożdżon, wybrany w drodze

konkursu na Kierownika Laboratorium Bioinformatycznego. Dr Radosław Zagożdżon przez 7 lat pracował w Harvard Institute of Medicine w Bostonie, a ostatnio w University College of Dublin. Jest wybitnym specjalistą w dziedzinie doświadczalnej onkologii i niewątpliwie bardzo wzmocni możliwości badawcze zespołów pracujących w WUM.

W ramach projektu przewidziane jest pozyskanie wiedzy, transfer technologii i zacieśnienie bądź nawiązanie współpracy naukowej z 11. ośrodkami naukowymi i dwoma przedsiębiorstwami zajmującymi się komercjalizacją badań naukowych. Ośrodki i przedsiębiorstwa, działające w 8. krajach Unii Europejskiej, zadeklarowały swoją pomoc jako Organizacje Partnerskie.

Zadania przewidziane w projekcie nie tylko wzmocnią potencjał naukowy WUM, ale również usprawnią zarządzanie projektami badawczymi, pobudzą działania nakierowane na rozwój potencjału innowacyjnego i rozwinią współpracę z czołowymi ośrodkami naukowymi z Unii Europejskiej.

Projekt BASTION umożliwi utworzenie w obrębie WUM wiodącego w skali Europy

Środkowej ośrodka naukowego zajmującego się onkologią. W odległej perspektywie przełoży się to na wzrost ekonomiczny regionu, poprawę jakości życia chorych oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat roli i znaczenia badań podstawowych w onkologii, co będzie miało wymierny wpływ na budowanie społeczeństwa opartego na wiedzy.

Ogólne cele projektu:

- integracja z *European Research Area* (ERA);
- poprawa jakości prowadzonych badań naukowych;
- wniesienie polskiego wkładu do zrównoważonego rozwoju regionalnego;
- zwiększenie szans na pozyskiwanie środków z funduszy UE na badania naukowe i badawczo-rozwojowe.

Szczegółowe cele projektu:

- nawiązanie współpracy naukowej z jedenastoma czołowymi europejskimi zespołami badawczymi oraz dwoma SME, zajmującymi się ochroną własności intelektualnej i wdrażaniem rozwiązań innowacyjnych w sferze badawczo-rozwojowej. Współpraca obejmować będzie wymianę naukowców (ok. 65 wymian trwających łącznie 78 miesięcy), wymianę metod i technologii badawczych, dyskusje o projektach oraz wspólne aplikacje grantowe i publikacje w liczących się periodykach naukowych (*high impact factor*);
- nawiązanie nowych kontaktów naukowych, upowszechnianie wyników badań, włączanie się w nowe inicjatywy badawcze poprzez:
 - zorganizowanie międzynarodowej konferencji naukowej „*Translational research in oncology in new member state economies*”;

Prof. dr hab. Jakub Gołąb

koordynator
projektu BASTION

Rozpoczynamy ważny etap w naszej działalności naukowej. Będziemy mieli okazję lepiej poznać naszych partnerów z najlepszych ośrodków naukowych Europy i, korzystając z ich bogatszego doświadczenia, zmienić podejście naszego środowiska, decydentów i tych, dla których najważniejsze są wyniki naszych prac – pacjentów – do innowacyjnych rozwiązań, które będą mogły być wykorzystywane w praktyce klinicznej.

Finansowanie projektu przez Komisję Europejską jest nie tylko okazją do wyposażenia laboratoriów WUM w nowoczesną aparaturę. Połowa środków przeznaczona jest na zatrudnienie doświadczonych naukowców, którzy, mając nieprzeciętne osiągnięcia naukowe, „przyciągną” do Uczelni kolejne środki w grantach. Dlatego mamy ogromną nadzieję, że Uczelnia stworzy tym badaczom jak najlepsze warunki do pracy. Liczymy też na to, że pewne gotowe rozwiązania, umożliwiające lepszą organizację pracy naukowej, będziemy mogli bezpośrednio przejąć od naszych partnerów z wiodących ośrodków naukowych UE.

Wagę projektu i celowość jego realizacji doceniło Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przyznając dofinansowanie 80% udziału własnego Uczelni w projekcie.



- zorganizowanie pięciu szkoleniowych warsztatów tematycznych z udziałem międzynarodowych specjalistów;
- udział w międzynarodowych konferencjach naukowych (50 misji);
- promocję projektu BASTION na arenie międzynarodowej podczas konferencji naukowych oraz szkoleń organizowanych przez partnerów zagranicznych (głównie London Genetics oraz Science Business);
- angażowanie, od samego początku realizacji projektu BASTION, zainteresowanych środowisk i podmiotów decyzyjnych;
- edukowanie społeczeństwa na temat korzyści wynikających z badań podstawowych dla zdrowia publicznego;

- personalizację metod terapeutycznych;
- wpływanie na tworzenie polityki prozdrowotnej w zakresie prewencji chorób nowotworowych;
- wzmocnienie kapitału ludzkiego poprzez zatrudnienie 12 naukowców mających doświadczenie w onkologii, utworzenie grupy bioinformatycznej i zatrudnienie dwóch specjalistów IT;
- wzmocnienie bazy naukowej poprzez zakup specjalistycznej aparatury naukowej;
- usprawnienie procesów związanych z transferem wiedzy do zastosowań praktycznych poprzez:
 - zatrudnienie specjalisty ds. innowacji;
 - wdrożenie procedur związanych z ochroną własności intelektualnej;

- zorganizowanie serii spotkań roboczych wraz z partnerami zagranicznymi (London Genetics oraz Science Business), których celem będzie wdrożenie gotowych rozwiązań promujących prowadzenie innowacyjnych badań naukowych, komercjalizację wyników tych badań i transfer opracowanych technologii do przemysłu;
- usprawnienie i profesjonalizacja procesów zarządzania projektami badawczymi poprzez zatrudnienie doświadczonego kierownika projektu.

W strukturze zarządzania projektem BASTION zaplanowano utworzenie Międzynarodowej Grupy Doradczej (*International Advisory Board*) – IAB.

W zamyśle projektodawców jest stworzenie wybitnego zespołu doradczego składającego się z przedstawicieli: europejskiego świata nauki z partnerskich, wiodących ośrodków naukowych; czołowych krajowych i regionalnych centrów decyzyjnych oraz sektora prywatnego, specjalizującego się we wdrażaniu nowych, innowacyjnych wyników badań naukowych.

Bez zaangażowania doradców – wybitnych specjalistów krajowych i międzynarodowych – nie będzie możliwe osiągnięcie zaplanowanych, skutecznych i trwałych rezultatów projektu.

Mimo iż IAB będzie posiadał głos doradczy i nie będzie sprawował nadzoru nad Komitetem Sterującym projektu BASTION,

to wszystkie wypracowane zalecenia będą brane pod uwagę i w możliwych przypadkach, ze względu na uwarunkowania projektu, wdrażane przez zespół zarządzający.

This project is funded by the European Commission within its Seventh Framework Programme.

Timetable: from 09/2012 to 02/2016

Total cost: € 5,309,400

EC funding: € 4,449,500

Instrument: Coordination and Support Action

Project Identifier: FP7-REGPOT-2012-CT2012-316254-BASTION

Iwona Drozdowska-Rusinowicz
Menedżer Projektu BASTION
Zakład Immunologii
Centrum Biostruktury WUM

Drugie spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii uczelni medycznych

Drugie w tym roku spotkanie kierowników katedr i zakładów psychologii uczelni medycznych odbyło się 21 września br. w Zakładzie Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W maju odbyło się pierwsze takie spotkanie, które stało się okazją do prezentacji dokonań WUM w zakresie nauczania psychologii studentów medycyny. Materiał z tego spotkania ukazał się w czasopiśmie „Medycyna Dydaktyka Wychowanie” (6/2012, s. 16-18). O szerszym oddźwięku, z jakim spotkało się to wydarzenie, świadczy fakt, że podobne sprawozdania ukazały się, bądź wkrótce się ukążą, w czasopismach naukowych polskich i anglojęzycznych: *Psychiatria Polska*, *Neuropsychologia* i *Neuropsychiatria* i w *Acta Neuropsychologica*.

Drugie spotkanie otworzył Przewodniczący Zespołu Robo-

czego ds. Nauczania Psychologii w Medycynie dr hab. med. Krzysztof Owczarek – Kierownik Zakładu Psychologii Medycznej WUM. Po przywitaniu Gości odczytał życzenia pomysłnych obrad skierowane do zebranych od Dziekana II Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim oraz Oddziałem Fizjoterapii dr hab. med. Marka Kucha, który ze względu na obowiązki zawodowe nie mógł uczestniczyć w tym spotkaniu. Następnie dr Owczarek przedstawił poziom zaawansowania starań o poszerzenie programu studiów na wydziałach lekarskich o zajęcia „Psychologia relacji z pacjentem”. Po czym wyraził nadzieję, że tematyka obecnego spotkania przyczyni się do zainspirowania zebranych wieloma pomysłami, które pomogą zrealizować zamierzenia uzupełniające obecny

program studiów psychologii na studiach medycznych.

Następnie głos zabrała Pani dr hab. Ewa Mojs – Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Dalsza część obrad została poświęcona dokonaniom tej uczelni w zakresie doświadczeń w nauczaniu psychologii studentów medycyny. Pani dr hab. Mojs przedstawiła program ramowy swojego zakładu, po czym obszary i zainteresowania badawcze pracowników Zakładu Psychologii Klinicznej zaprezentował dr Wojciech Strzelecki. Następnie, referat dotyczący metod i kierunków nauczania psychologii wygłosił dr Bogusław Stelcer. Po przerwie odbyły się dwa warsztaty.

1. Rysunek dziecka – przykład warsztatu dla studentów

pielęgniarstwa poprowadziła mgr Mała Stanisławska-Kubiak.

Warsztaty „Rysunek w psychoterapii, oparty na doświadczeniu”, które odbyły się podczas spotkania, są jednym z elementów kształcenia pielęgniarek na zajęciach z psychoterapii. Mają na celu ukazanie, że rysunek może wspomagać proces diagnozy i zmiany oraz jakość kontaktu z dziećmi i młodzieżą. Zajęcia składają się z dwóch części, teoretycznej i warsztatowej. Podczas warsztatów każdy doświadcza na sobie metody projekcji rysunkowej, co może prowadzić do pełniejszego zrozumienia zarówno samego przeżycia, jak i sensu swoich doświadczeń. Przedstawione techniki analizowane są na podstawie tradycyjnych testów projekcyjnych (rysunek drzewa, rysunek człowieka) oraz technik autorskich, rysunkowych metafor. Uczestnicy mają możliwość interpretowania rysunku w procesie grupowym, który wymaga zaangażowania biorących udział, w odkrywaniu własnego zestawu symboli i przekładania ich na przeżywane emocje. Działania te przyczyniają się do gromadzenia wiedzy, która nie byłaby możliwa do zdobycia w inny sposób. Poprzez rysunek możliwy jest proces nazywania tego, co niewerbalne i trudne do przeformułowywania na komunikaty słowne, ponieważ zazwyczaj pacjent potrzebuje odmiany postawy emocjonalnej i możliwości innego interpretowania otaczającego go świata.

Jednocześnie warsztaty są okazją do ćwiczenia:

- komunikacji i aktywnego przeżywania, które pozwala gromadzić doświadczenia o sobie oparte na odwadze pokazywania własnej wrażliwości i odkrywania własnych symboli,
- postawy nieosądzającej,
- wiedzy, jak fantazje wpływają na codzienne funkcjonowa-



Dr hab. Ewa Mojs z Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego

nie, podejmowanie decyzji, obieranie celów, itd.,

- otwarcia na nowe doświadczenia,
- ułatwiają osobisty wgląd,
- koncentrację na sobie,
- umożliwiają uczestnikom warsztatu samoanalizę,
- ułatwiają gotowość uczestników do pracy,
- oraz otwarcie się na drugą osobę w atmosferze akceptacji i zrozumienia.

2. Grupy Balinta – przykład warsztatu dla studentów kierunków lekarskich i lekarsko-dentystycznych prowadził dr Bogusław Stelcer.

Zdaniem Balinta psychoanalitik odzwierciedla wewnętrzny świat pacjenta, a relacja lekarz-pacjent odgrywa znaczącą rolę w postawieniu diagnozy i wyborze właściwego sposobu leczenia. Michael Balint był węgierskim lekarzem i psychoanalitykiem, twórcą metody wzajemnego oddziaływania na uczestników poprzez aktywną pracę w grupie. Uczestnicy przez około 1,5 godziny zajmują się analizą relacji lekarz-pacjent, której znaczenie starają się wyjaśnić i zrozumieć. Grupa składa się z 8-12 osób,



Dr Bogusław Stelcer podczas prezentacji metody Balinta

prowadzonych przez wykwalifikowanego lidera. Obecnie grupy balintowskie są prowadzone nie tylko dla lekarzy, ich praktyczne zastosowanie obejmuje wszelkie zawody, których zadaniem jest niesienie pomocy pacjentom lub klientom. Doskonale sprawdzają się jako narzędzia, które w sposób twórczy rozwijają umiejętności w zakresie innych zawodów medycznych, terapeutów, pracowników socjalnych, pedagogów, etc. Referujący swą historię spotkania z pacjentem/klientem uczestnik, opisuje je z pamięci, a więc czyni to bez korzystania z notatek czy innych zapisków. Na tej podstawie pozostali uczestnicy tworzą swoisty, subiektywny obraz i budują swoje wrażenie o zachowaniu pomagającego, reakcjach wspomaganego i charakterze wzajemnej ich relacji. Uczestnicy przysłuchujący się tej prezentacji w dalszej części dzielą się ze wszystkimi uczestnikami grupy swymi odczuciami oraz wrażeniami na temat przebiegu kontaktu. Dzięki temu powstaje złożony i wieloaspektowy obraz relacji wspomagający-wspomagany, któremu to referujący przysłuchuje się z pewnego dystansu. Wysłuchuje się i rejestruje uwagi



Uczestnicy warsztatów na temat metody Balinta mieli możliwość zapoznania się z interesującym sposobem prowadzenia grupy



Zajęcia pod nazwą „Rysunek dziecka”, jako przykład warsztatu dla studentów pielęgniarstwa, przedstawiła mgr Mała Stanisławska-Kubiak

uczestników grupy, wyławiając nieznane mu dotąd aspekty swej relacji z chorym lub klientem. Rozpoznaje własny styl i sposób postępowania i oddziaływania na drugą osobę. Grupy balintowskie nie mają charakteru szkoleń teoretycznych, myśli i zdania wypowiedziane w trakcie spotkania nie mają charakteru oceniającego. Przedmiotem analizy są realne sytuacje, podczas których dyskutowane są rzeczywiste problemy. Nie należy zatem oczekiwać instruktażu postępowania, jak też szczegółowych wytycznych procesu terapeutycznego, jej celem jest przybliżenie i zrozumienie pacjenta/klienta oraz sposobu, w jaki przeżywa swoją chorobę lub doświadcza przedstawiony problem. Przeglądając się własnym reakcją, uczestnicy nabywają umiejętności właściwego prowadzenia swego klienta/pacjenta. Słyszając o różnych problemowych sytuacjach i przypadkach chorobowych, pogłębiają swoją wiedzę medyczną i terapeutyczną. Doskonalenie kompetencji zawsze odbywa się na podstawie przedstawionych historii i faktów. Uczestnicy stają się świadomi problemów w relacji z chorymi oraz nabywają umiejętności rozumienia. Ponadto, w przebiegu realizacji programu grup Balinta udoskonaleniu ulegają:

- umiejętności słuchania chorego i osób, które uczestniczą w procesie leczenia,
- przyzwolenie na tolerowanie niepewności,
- zwiększenie umiejętności empatycznych,
- wspieranie chorego,
- obserwacja gestów i zachowań chorego,
- dostrzeganie wartości, jaką jest towarzyszenie choremu w trudnych dla niego chwilach,
- uczenie się na podstawie realnych przypadków, pomijając teoretyczne dywagacje o zasadach budowania kontaktu,
- poszerzenie zakresu refleksyjności,
- większy wgląd w mechanizmy własnego postępowania,
- rozwój i utrwalanie wzorców zachowania korzystnych terapeutycznie dla różnego rodzaju pacjentów.

Umiejętnościom tym towarzyszy sposobność nieustającego nabywania istotnych kompetencji zawodowych, takich jak:

- właściwe prowadzenie pacjenta,
- uczenie się i doskonalenie wiedzy opartej na faktach wynikających z praktyki medycznej,
- pogłębienie wiedzy medycznej,
- umiejętności interpersonalne i komunikowania się.

Uczestniczenie w grupach Balinta stwarza możliwość uzyskania wglądu we własne postępowanie,

stymuluje samopoznanie oraz powoduje przewartościowanie w postępowaniu terapeutycznym. Uczestnik uczy się pełniejszego koncentrowania na pacjencie i jego przeżyciach oraz postrzegania jego osobowości w perspektywie całościowych przeżyć, wykraczających poza samą chorobę. Prowadzi do nabycia umiejętności efektywnej terapii i kontaktu z chorym, służąc dobru tak wspierającego, jak i osoby przyjmującej pomoc. Uczestniczenie w grupach Balinta jest nieodzownym elementem procesu kształcenia lekarzy oraz specjalistów w zakresie innych specjalności medycznych. Pomaga zrozumieć skomplikowaną istotę uwarunkowań psychosomatycznych. Przydatność tej metody oddziaływania w programie nauczania studentów medycyny jest wielostronna, ale przede wszystkim jest przemieszczeniem akcentu z medycyny skupionej na chorobie na rzecz medycyny skoncentrowanej na pacjencie. Spotkanie skończyło się poparciem wniosku o kontynuację podobnych przedsięwzięć oraz rozwiązanie ich formuły o dyskusje nad programem edukacji studentów kierunków medycznych oraz obszarami badań naukowych.

dr hab. Krzysztof Owczarek
dr hab. Ewa Mojs
dr Bogusław Stelcer

Festiwal Nauki z WUM

„Jest tylko jeden sposób nauki – poprzez działanie” – te słowa

Paolo Coeltho oddają charakter pracy badacza, który musi nieustannie zdobywać wiedzę i odpowiadać na stawiane przez siebie pytania, aby poszerzać granice ludzkiego poznania. Organizowany od 16 lat Festiwal Nauki w Warszawie daje dodatkowo sposobność zaprezentowania odkryć i zdobyczy nauki szerokiemu gronu ludzi poszukujących, zafascynowanych złożonością świata i człowieka.

W tym roku po raz kolejny to wyjątkowe wydarzenie wspierał Warszawski Uniwersytet Medyczny.



Jeden z pokazów naukowych przygotowanych przez pracowników Wydziału Farmaceutycznego WUM



Szpital Pluszowego Misia jak zwykle cieszył się dużą popularnością wśród najmłodszych uczestników festiwalu

Od kilku lat część Festiwalu Nauki odbywa się w Jabłonie na terenie Domu Konferencji i Zjazdów Polskiej Akademii Nauk. 15 i 16 września odbyła się tam jego kolejna edycja. Naszą Uczelnię reprezentowała dr Maria Turos oraz studenci zrzeszeni w organizacji EMSA – Oddział Warszawa. Oprócz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zaprezentowało się ponad 30 uczelni, instytucji i kół naukowych, m.in. Polska Akademia Nauk, Akademia Wychowania Fizycznego, Centrum Badań Kosmicznych. Dla wszystkich zwiedzających przygotowane zostały ciekawe wykłady, pokazy, warsztaty, wystawy oraz konkursy.

Studenci-członkowie EMS-y już po raz trzeci uczestniczyli w tym wydarzeniu. Z myślą o najmłodszych zorganizowali, ciesząc się niezwykłą popularnością, Szpital Pluszowego Misia, w którym dziesięciu przyszłych lekarzy w asyście dzieci badało i uzdrawiało pluszaki. Przedstawiciele EMS-y zadbali także o edukację zdrowotną i przez dwa dni festiwalu promowali ideę projektu Transplantacje, którego celem jest rekrutacja potencjalnych dawców szpiku. Studentom ze stowarzyszenia udało się zebrać podpisy od ponad pięćdziesięciu nowych dawców. Podczas dziesiątego spotkania z nauką w Jabłonie dr Maria Turos przygotowała panel

edukacyjny pod hasłem „Zachorować... w Księstwie Warszawskim”, który stanowił prezentację pomocy medycznej u progu XIX wieku. Wystąpiła również z wykładem zatytułowanym: „Co, jak i na czym jadano w szpitalach w Księstwie Warszawskim”.

Z kolei w dniach 22 i 24 września swoje mury dla wszystkich chętnych zdobycia wiedzy otworzył Wydział Farmaceutyczny WUM. Spotkanie na Wydziale odbywa się corocznie od 1997 roku, dając dowód na to, że nasza Uczelnia chętnie bierze udział w inicjatywach naukowo-edukacyjnych. W tym roku Wydział Farmaceutyczny zaprezentował osiem pokazów i paneli z udziałem

łem 12 pracowników naukowych i 330 gości. Koordynatorami imprez byli dr hab. Grzegorz Nałęcz-Jawecki i dr Andrzej Zimniak.

Uczestnicy Festiwalu dowiedzieli się m.in., jaką rolę w diecie spełnia pszenica, co jest gorsze: alkohol czy kannabinoidy; jak zmierzyć poziom witaminy C w prostym teście; co grozi alergikom i jak się bronić; jak herbaty owocowe zmiatają wolne rodniki. Ponadto w pokazach z aktywnym uczestnictwem gości pracownicy Wydziału zaprezentowali biologiczne metody określania czystości wody, zasady biotechnologicznej hodowli roślin leczniczych i modelowanie komputerowe leków.

mgr Marta Suchojad

Biuro Informacji i Promocji



dr Maria Turos

Zakład Bioetyki
i Humanistycznych
Podstaw Medycyny

...gdy myślę „Festiwal Nauki”. Jak pogodzić te dwa człony jednego terminu, z których każdy ma inne konotacje. Festiwal – to sztuka, muzyka, piękno. A nauka?

Ona też może być sztuką. Szczególnie gdy pragnę przekazać treści historyczne.

Czy to tylko ma być suchy fakt i prezentacja z „...na kolejnym slajdzie widzimy...”.

...a może pójść o krok dalej, zobaczyć, jak było przed dwustu laty, jak kształcił się adept „sztuki lekarskiej”, jakimi narzędziami posługiwał się chirurg, często na polu bitwy.

Ożywić przedmioty czy książki – to w moim odczuciu również sztuka.

Dlatego z niecierpliwością czekam na wrzesień – i piękne dni w Jabłonnie właśnie na Festiwalu Nauki.



Na zdjęciu oraz poniżej: ekspozycja przygotowana przez dr Marię Turos



MIĘDZYNARODOWE FORUM PROMOCJI ZDROWIA – „Health Promotion Research – An International Forum. State of the art – Directions for the future”

W dniach 6-9 sierpnia 2012 roku odbyła się w Trondheim w Norwegii konferencja „Health Promotion Research – An International Forum”. Była to pierwsza konferencja (nazywana dalej także Forum) zorganizowana przez Centrum Badań Zasobów i Promocji Zdrowia (Research Centre for Health Promotion and Resources, RCHPR). Jest to centrum naukowe skupiające badaczy z dwóch ważnych instytucji naukowych Norwegii: The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) oraz The Sør-Trøndelag University College (HiST). W obecnym kształcie RCHPR działa od 2010 roku, a prezentowana konferencja była podsumowaniem tej ponad dwuletniej aktywnej działalności w zakresie badań nad promowaniem zdrowia (więcej szczegółów na stronie: www.rchpr.org).

W tworzeniu i rozwijaniu RCHPR uczestniczyli także przedstawiciele naszej Uczelni, początkowo prof. Kazimierz Wrześniewski, a następnie dr Dorota Włodarczyk z Zakładu Psychologii Medycznej (ZPM WUM), którzy są także członkami międzynarodowego komitetu naukowego RCHPR oraz komitetu naukowego prezentowanego Forum.

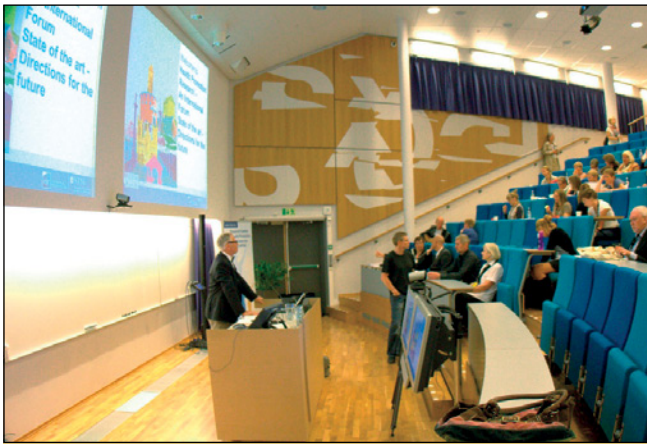
Na konferencji Polska reprezentowana była przez czterech pracowników ZPM WUM, którzy przedstawili wyniki swoich badań w postaci trady-

cyjnych prezentacji oraz plakatów elektronicznych: dr Dorotę Włodarczyk, mgr Magdalenę Łazarewicz, dr Martę Rzadkiewicz i dr Mirosławę Adamus. Było to możliwe dzięki życzliwości i wsparciu finansowemu prof. Jerzego Polańskiego, byłego Dziekana II Wydziału Lekarskiego.

Pierwszy dzień konferencji miał charakter wykładów plenarnych prezentujących globalne spojrzenie na promocję zdrowia. Wystąpienia rozpoczęte zostały przez prof. Dennisa Raphaela z Kanady wykładem pt. „Wyzwania dla promocji zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie”. Następnie, prof. Bengt Lindström z Norwegii omówił możliwości zastosowania koncepcji salutogenezy w promowaniu zdrowia*. Wykłady plenarne zamykało niezwykle inspirujące wystąpienie prof. Marice’a Mittelmarka z Bergen (Norwegia) „Zasoby (potencjalne i realne) w promocji zdrowia”. Wykazał on, że nawet w najuboższych społecznościach są jednostki i rodziny, które zachowują dobre zdrowie i one powinny być przedmiotem szczególnej uwagi. Odnosząc się do zachowań dotyczących odżywiania, postulował, aby w promocji zdrowia bardziej skupiać się na czynnikach, które prowadzą do sukcesu (zdrowia), a nie porażki. Pierwszy dzień konferencji zakończył się uroczystym spotkaniem oficjalnym i przedstawieniem artystycznym z udziałem muzyków jazzowych.

Drugi dzień Forum ukazywał promocję zdrowia z perspektywy społecznej, politycznej oraz ekonomicznej. Z danych przedstawionych przez prof. Dennisa Raphaela, w jego drugim wystąpieniu, wynikało, że czynniki społeczno-polityczne, takie jak systemy polityczne, systemy ubezpieczeń i opieki zdrowotnej czy opodatkowania mogą stanowić istotną barierę dla propagowania idei promocji zdrowia. Należy też wspomnieć o wystąpieniu prof. Alana Dolani postulującego włączenie zmian architektonicznych do działań prozdrowotnych i to zarówno na poziomie ergonomii wspomagającej aktywność fizyczną osób starszych, jak i przyjaznej relaksowi estetyki. Ważnymi punktami tego dnia były także wykłady przedstawiające duże programy badawcze dotyczące czynników sprzyjających zdrowiu uczniów w krajach europejskich (Fiona Brookes) oraz norweskich studiów epidemiologicznych, jako bogatego źródła wiedzy dla promocji zdrowia (Stainar Krokstad). Po południu zaprezentowano ponad 30 plakatów elektronicznych podzielonych na 3 sesje tematyczne: „Promocja zdrowia w praktyce”, „Promocja zdrowia w przebiegu życia i w pracy zawodowej” oraz „Promocja zdrowia wśród osób chorych”. W trakcie dwóch ostatnich sesji pokazano trzy prezentacje z ZPM WUM: „Częstość i obciążenie

* *podejście salutogenetyczne, czyli sugerujące poszukiwanie drogi do zdrowia, poprzez rozwijanie i wzmacnianie zasobów własnych człowieka*



Miejsce obrad tuż przed rozpoczęciem konferencji. Za stołem prof. Geir Arild Espnes – prezydent konferencji



Prof. Dennis Raphael z Kanady w trakcie jednego z wykładów plenarnych



Jeden z referatów wygłosiła dr Marta Rzadkiewicz z ZPM WUM



Prof. Geir Arild Espnes – prezydent konferencji

konfliktami etycznymi a wypalenie zawodowe u pielęgniarek” (D. Włodarczyk, M. Łazarewicz), „Charakterystyka psychospołeczna oraz problemy z samodzielną aktywnością fizyczną po rehabilitacji wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP)” (M. Rzadkiewicz) oraz „Optymizm jako predyktor subiektywnego stanu zdrowia u pacjentów po zawale serca: obserwacja jednoroczna” (D. Włodarczyk). Dzień zakończył się, zorganizowanym przez miasto Trondheim, krótkim koncertem organowym w Nidarosdomen, najdalej na północ położonej średniowiecznej katedrze na świecie.

Trzeci dzień konferencji otworzył wykład prof. Geira

Arilda Espnesa, głównego organizatora konferencji i dyrektora RCHPR, pt. „Przywitajmy świt nowej ery badań”. Prof. Espnes podkreślał konieczność zwrócenia w badaniach większej uwagi na poszukiwanie przyczyn pełnego, pozytywnego zdrowia. Stwierdził: „Poświęcamy tak wiele czasu i pieniędzy na zapobieganie śmierci, że umyka nam to, co powoduje, że żyjemy”. Właśnie to prof. Espnes proponuje zmienić, promując termin „pozytywne zdrowie” i badania nad nim. Wspomniana w tytule wykładu „nowa era” to pożegnanie myślenia o zdrowiu, jako o skutku ubocznym walki z chorobą i zastąpienie go myśleniem o zmniejszeniu zachorowalności, jako skutku ubocznym

walki o lepsze zdrowie. Po inspirującym wykładzie prof. Espnesa odbyły się 4 sesje równocześnie: „Promocja zdrowia wśród osób chorych”, „Promocja zdrowia w cyklu życia”, „Pozytywne zdrowie zawodowe” oraz „Zdrowie ogólne i zdrowie na świecie”. Podczas pierwszej z wymienionych sesji zaprezentowana została praca z ZP WUM. Była ona przygotowana we współpracy z badaczami norweskimi i dotyczyła zmian w jakości życia (na przestrzeni 20 lat) u palących i niepalących osób po zawale serca (M. Łazarewicz, G. Espnes, S. Krokstad). Kolejna prezentacja z ZPM WUM odbyła się w czasie sesji czwartej, podczas której przedstawiono wyniki badań doty-

czących lęku, umiejscowienia kontroli zdrowia i odpowiedzialności za zdrowie wśród nastolatków i młodych dorosłych (M. Adamus, M. Rzadkiewicz, M. Jaworski). Jednym z licznych wystąpień, które wzbudziły tego dnia nasze duże zainteresowanie, była prezentacja Gørill Haugan i wsp. z RCHPR, dotycząca znaczenia jakości interakcji pielęgniarka-pacjent dla poziomu funkcjonowania i ogólnego dobrostanu pacjentów oraz pensjonariuszy domów opieki. Temat ten bliski jest zainteresowaniom wielu pracowników ZPM WUM, co zmotywowało nas do nawiązania współpracy badawczej z autorami prezentacji. Mamy nadzieję, że zaowocuje ona ciekawymi wynikami badań o praktycznych implikacjach zarówno dla pozytywnego zdrowia pacjentów, jak i personelu medycznego. Równocześnie do przedstawionych sesji odbywała się otwarta sesja typu „okrągły stół”, której wiodącym tematem było krytyczne spojrzenie na salutogenezę. Dyskutowano tu głównie na temat przyszłości podejścia salutogenetycznego w badaniach socjomedycznych. Podkreślano konieczność dalszego rozwijania badań nad pozytywnym zdrowiem oraz zasobami ludzkimi w zdrowiu, jak również chorobie. Dzień zakończył się wspólnym zwiedzaniem pięknego, acz deszczowego tego dnia, Trondheim.

Ostatni, czwarty dzień konferencji również obfitował w wiele interesujących wystąpień o interdyscyplinarnie ujętej tematyce promocji zdrowia oraz pozytywnych efektach zastosowania ujęcia salutogenetycznego w praktyce zdrowotnej. W czasie sesji porannej referaty wygłosili prof. Toba Bryant z Kanady i prof. Töres Theorell ze Szwecji. W swoich wystąpieniach pod-

kreślali oni interdyscyplinarny charakter działań związanych z promocją zdrowia oraz analizowali wpływ wiedzy i osiągnięć z zakresu kultury i polityki społecznej na projekty prozdrowotne. Kontynuacją zarysowanej problematyki były dwie równoległe sesje, z których pierwsza poświęcona była pozytywnym efektom zastosowania w promocji zdrowia podejścia bazującego na teorii salutogenetycznej, a druga dotyczyła rezultatów podejścia wykorzystującego elementy kulturowe. Panel poświęcony praktycznym efektom promocji zdrowia w ujęciu salutogenetycznym zawierał wystąpienia o różnorodnej tematyce, której wspólnym mianownikiem było osiąganie pozytywnej zmiany służącej zdrowiu i poprawie samopoczucia. Przykładem związków kulturowo-społecznych ze zdrowiem oraz jego promocją było doniesienie z badań poświęconych analizie adaptacyjnych zdolności o charakterze psychospołecznym i zdrowotnym farmerów australijskich. Kolejne wystąpienia prezentowały podjęte działania, realizowane projekty, wspierające osoby migrujące z odległych ojczyzn do krajów europejskich w pokonywaniu trudności adaptacyjnych w nowym, często obcym kulturowo, środowisku. Z kolei podczas popołudniowych spotkań wygłoszone referaty i dyskusje poświęcone były zmianom w zakresie metodologii oddziaływań w promocji zdrowia. Jako przykłady posłużyły prezentacje doświadczeń gospodarzy ukazujące nowe ujęcia we wprowadzaniu zasad zdrowego stylu życia w codziennej praktyce, m.in. zaprezentowano pozytywne efekty podjętych działań aktywizujących w grupach osób starszych. Wystąpienie prof. Jürgena M. Pelikana przybliżyło tematykę projektu „Zdrowe miejsce pracy”.

Dla pracowników WUM ważną informacją może być to, że 21-sza Międzynarodowa Konferencja Szpitali i Placówek Zdrowia Promujących Zdrowie (International Conference of Health Promoting Hospitals and Health Services) zatytułowana „Towards a more health oriented health service” („Ku służbie zdrowia skoncentrowanej na zdrowiu”) odbędzie się w Göteborgu (Szwecja) w dniach 22-24 maja 2013 roku.

Na zakończenie konferencji rozstrzygnięty został konkurs na najlepszy plakat. Pierwsze miejsce przyznane zostało Randi J. Reidunsdatter i wsp. z RCHPR HiST/NTNU za pracę noszącą tytuł „Fatigue in women treated for breast cancer compared with the general population” („Męczliwość kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi w porównaniu z męczliwością w populacji ogólnej”). Należy również odnotować, iż w ostatnim dniu konferencji miłą niespodzianką była, zaplanowana przez organizatorów, zmiana miejsca obrad. Zamknięcie konferencji nastąpiło w nowo otwartym centrum hotelowo-kongresowym Clarion, imponującym swoim modernistycznym stylem architektonicznym.

Kolejne spotkanie poświęcone promocji zdrowia i zachowań zdrowotnych w ujęciu salutogenetycznym organizowane przez Centrum Badań Zasobów i Promocji Zdrowia HiST/NTNU odbędzie się w sierpniu 2014 roku.

**dr Dorota Włodarczyk
dr Marta Rzadkiewicz
mgr Magdalena Łazarewicz
dr Mirosława Adamus**

Zakład Psychologii Medycznej WUM

*Redakcja „MDW” serdecznie
dziękuje pani dr Dorocie
Włodarczyk za przekazanie
fotografii z konferencji*

10 lat Klubu Lekarza przy Raszyńskiej 54

Siedziba Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz Klubu Lekarza przy Raszyńskiej 54 obchodzi w tym roku swoje 10-lecie. Dekadę temu, po wielu problemach lokalowych, Towarzystwo mogło osiąść w willi, która stała się dla jego członków oraz przyjaciół miejscem spotkań, wspomnień i dyskusji o historii i najważniejszych problemach medycyny. Z czasem budynek stał się prawdziwym drugim domem. 20 września członkowie i przyjaciele TLW zebrali się, aby wspólnie świętować tę wyjątkową uroczystość.



Prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Jerzy Jurkiewicz podczas otwarcia spotkania



Prof. Andrzej Danysz (z lewej) oraz dr Andrzej Zaorski uhonorowani zostali Medalem „Ludziom i Ojczyźnie”

Podczas tego specjalnego wydarzenia zebrali się Członkowie Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyjaciele i wszyscy, dla których działalność Towarzystwa stanowi wielką wartość historyczną oraz poznawczą. Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. prof. dr hab. Tadeusz Tołłoczko – były Rektor naszej Uczelni, prof. Mieczysław Szostek – Przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji, prof. Jerzy Bidziński – prodziekan I WL AM w l. 1975-1981, prof. Jan Tatoń, prof. Jan Bogdan Gliński, prof.

Zbigniew Czernicki – kierownik Kliniki Neurochirurgii WUM. W spotkaniu wzięli ponadto udział dr Wojciech Giermaziak – dyrektor Głównej Biblioteki Lekarskiej, Włodzimierz Cerański – dyrektor biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, dr Andrzej Surowiecki – prezes zarządu Fundacji Lekarskiej Pro-Senior, dr Halina Jędrzejewska – wiceprezes Związku Powstańców Warszawskich.

Specjalny list gratulacyjny, złożony na ręce prof. Jerzego Jurkiewicza – prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego,

wystosował Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Marek Krawczyk. JM napisał m.in. że „Dom i Klub Lekarza jest miejscem ważnym dla warszawskich lekarzy. To tutaj, wokół chlubiącego się ponad 190-letnią tradycją Towarzystwa, gromadzi się nasze środowisko, to miejsce nas jednoczy”.

Historia siedziby Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej zaczęła się 26 września 2002 roku. Tego dnia odbyło się tam pierwsze posiedzenie Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszaw-



Pierwsza siedziba Klubu Lekarskiego przy ul. Niecałej



Willi przy ul. Raszyńskiej, gdzie obecnie mieści się Klub Lekarski

skiego. Tym samym zakończył się wieloletni okres działalności Towarzystwa bez własnej nieruchomości. Po zniszczeniu podczas II wojny światowej poprzedniej stałej siedziby przy ul. Niecałej (dawnego Króla Alberta) oraz – na podstawie dekretu Bieruta – odebraniu Towarzystwu w 1951 roku prawa własności do działki, przez lata TLW działało bez stałego miejsca, m.in. w Alejach Ujazdowskich 24 (w okresie 1962-2004). Od 10 lat Towarzystwo działa w murach willi, w której ulokowana była Ambasada Iranu, a – o czym poinformował prof. Jerzy Jurkiewicz podczas spotkania – w czasie powstania warszawskiego znajdowała się kwatera wojenna dowódcy powstania pułkownika Antoniego Chruściela.

Szalenie wzruszającym momentem stało się przyznanie Medalu „Ludziom i Ojczyźnie”. To zaszczytne wyróżnienie otrzymali prof. Andrzej Danysz oraz dr Andrzej Zaorski. Wszyscy zebrani wysłuchali prezentacji nagrodzonych, opisu ich drogi zawodowej oraz dokonań naukowych. Po przyznaniu medali prof. Jurkiewicz odczytał tekst dyplomu, w którym napisano, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznaje Medal „Ludziom i Ojczyźnie” „za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek

dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie lekarskiego powołania, za dbanie o godność i podtrzymywanie szlachetnych tradycji zawodu lekarskiego (...)” – Jestem szalenie wdzięczny i bardzo wzruszony, dlatego że dla mnie uznanie, że zrobiłem coś dla ludzi i ojczyzny jest największą pochwałą. Chciałbym przy tej okazji powiedzieć, że nic byśmy nie zrobili bez was. Mam poczucie, że to, co udało mi się zrobić, zrobiliśmy razem – powiedział po odebraniu medalu prof. Andrzej Danysz.

Specjalny wykład o długiej historii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz Klubu Lekarsza wygłosił dr Witold Sikorski.

Podczas spotkania panowała niezwykle ciepła i intymna atmosfera. To dowód na to, jak wielką rolę spełnia Klub Lekarski. Tutaj zbierają się ludzie, dla których misja leczenia oraz pomagania drugiemu człowiekowi jest największym obowiązkiem, ale także darem i honorem.

Dowodem na tak bezgraniczne poświęcenie się w niesieniu pomocy innym była, wielokrotnie powtarzana podczas wrześniowego spotkania przez prof. Jurkiewicza, postawa lekarzy i sanitariuszy w okresie powstania warszawskiego. Obowiązkiem naszych czasów jest ocalić przez

KALENDARIUM

1821-1832 – zebrania członków TLW odbywały się w mieszkaniach prywatnych

1832-1857 – członkowie TLW spotykali się w gabinecie anatomicznym przy ul. Jezuickiej 73

1860 – miejsce spotkań wyznaczono w Domu Petrykusa przy ul. Wierzbowej 11

1873 – otwarcie pierwszej siedziby TLW przy ul. Niecałej 7 (dawna Króla Alberta)

1944 – w czasie powstania warszawskiego siedziba spłonęła, po wojnie resztki murów rozebrano

1962-2004 – Klub Lekarski działał w dzierżawionym domu „Pod Gigantami” w Al. Ujazdowskich 24

2002 (26 września) – odbyło się pierwsze posiedzenie TLW w swojej nowej siedzibie przy ul. Raszyńskiej 54

zapomnieniem, często anonimowych ludzi, którzy z narażeniem życia pomagali mieszkańcom stolicy. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wraz z wybitnymi osobami skupionymi wokół Klubu Lekarskiego dają gwarancję, że pamięć o nich nie zginie.

Cezary Ksel

Redakcja „MDW”

Redakcja serdecznie dziękuje pani Wiesławie Granowskiej za dostarczone fotografie

III Warszawski Piknik Archiwalny „Piłka jest w grze! Sportowa akcja – archiwizacja!”

Pałac Staszica na Krakowskim Przedmieściu po raz kolejny stał się miejscem prezentacji zasobów gromadzonych w archiwach polskich placówek kulturalno-oświatowych. Podobnie jak rok temu, do udziału w III Warszawskim Pikniku Archiwalnym zaproszone zostało Archiwum WUM.

Celem tegorocznego pikniku było przygotowanie i zaprezentowanie, w różnych formach, dokumentacji archiwalnej dotyczącej sportu (dokumentów, nagrań, filmów, itp.). Oprócz bogatej prezentacji zbiorów kilkudziesięciu archiwów państwowych, odwiedzającym zapewniono także atrakcje, jak prelekcje, a także pokazy sportowe. Swoje zbiory archiwa prezentowały 3 czerwca we wnętrzach Pałacu Staszica, jak również na dziedzińcu Polskiej Akademii Nauk.

Przybyłych powitała dr Hanna Krajewska, Dyrektor Polskiej Akademii Nauk Archiwum w Warszawie oraz Naczelny Dyrektor Archiwów Państwowych dr hab. Władysław Stępiak, prof. UMK w Toruniu.

III Warszawski Piknik Archiwalny rozpoczął występ zespołu ludowego z Centrum Kultury w Łowiczu.

Ekspozycje zaprezentowało 26 znanych instytucji kultury, wśród nich wiele archiwów, bibliotek i muzeów. Polska Akademia Nauk i jej Archiwum w Warszawie przygotowało wystawę „Uczni w sporcie – sport w nauce”; Archiwum Szkoły Głównej Handlowej zaprezentowało wystawę byłych studentów SGH z lat 1924-1970 związanych ze sportem; Centralne Archiwum Wojskowe przedstawiło zebrany ekspozycję „Nie samą służbą żołnierz żyje”; Muzeum



Jedna z gablot z trofeami zdobytymi przez studentów-sportowców AZS WUM

Drukarnia Warszawskiego zapraszała na wystawę „Muzealia sportowe”; Archiwum Prezydenta RP i Archiwum Sejmu RP przygotowało ekspozycję „Nie tylko polityka...”; a Archiwum Polskiego Radia udostępniło zwiedzającym m.in. prezentację multimedialną fotografii pokazującej sportowe wydarzenia z udziałem mikrofonów radiowych (1925-2012), dużym zainteresowaniem cieszyło się także spotkanie z dziennikarzem sportowym Tomaszem Zimochem.

Tematyki sportowej dotyczyły także ekspozycje i dokumenty zaprezentowane przez Warszawski Uniwersytet Medyczny. Nasza Uczelnia zaprosiła m.in. na wystawę trofeów zdobytych przez studentów-sportowców WUM, wystawę medali, zdjęć i gazet z prywatnych zbiorów.

Głównymi organizatorami III Warszawskiego Pikniku Archiwalnego były Polska Akademia Nauk Archiwum



Ekspozycja Archiwum WUM

w Warszawie oraz Polskie Towarzystwo Archiwalne. Patronat medialny nad imprezą objęło Polskie Radio S.A. Patronat naukowy objął Focus Historia.

Bardzo serdecznie dziękuję za wyrażenie zgody na udział Archiwum WUM w III WPA Pani Kanclerz mgr Małgorzacie Kozłowskiej.

Za pomoc w przygotowaniach udziału Archiwum w pikniku: Kierownikowi Studium Wychowania Fizycznego i Sportu – Panu mgr. Jerzemu Chrzanowskiemu oraz pracownikom; Kierownikowi Działu Fotomedycznego – Panu Ireneuszowi Rudnickiemu oraz pracownikom; Kierownikowi Kancelarii – Pani mgr Edycie Byszewskiej; pracownikom Biura Informacji i Promocji; Pani dr hab. Izabeli Strużyckiej.

mgr Jakub Paprotny

Kierownik Archiwum
Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego

Z Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

28 lipca 2012 roku

1. Gratulacje, nominacje.

JM Rektor pogratulował:

- Pani prof. dr hab. Alicji Wiercińskiej-Drapało – Kierownikowi Kliniki Hepatologii i Nabytych Niedoborów Immunologicznych – z okazji uzyskania tytułu profesora;
- Panu prof. dr hab. Zbigniewowi Dunajskiemu z okazji nominacji na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Biofizyki i Fizjologii Człowieka.

Następnie JM Rektor wręczył akty powołania na stanowiska kierowników jednostek:

I Wydziału Lekarskiego

- Panu prof. dr. hab. Piotrowi Pruszczykowi na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Instytutu Stomatologii;
- Pani prof. dr hab. Joannie Matuszkiewicz-Rowińskiej na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych;
- Pani prof. dr hab. Marii Roszkowskiej-Blaim na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii i Nefrologii;
- Panu prof. dr. hab. Leszkowi Pączkowi na stanowisko Dyrektora Instytutu Transplantologii;
- Panu dr. hab. Piotrowi Tyszcze na stanowisko Dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej;
- Pani dr hab. Lidii Zawadzkiej-Głos na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej.

II Wydziału Lekarskiego

- Panu dr. hab. Bartoszowi Łozie na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii;
- Panu prof. dr. hab. Tomaszowi Wolańczykowi na stanowisko Ordynatora – Kierownika Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego;
- Panu dr. hab. Pawłowi Piątkiewiczowi na stanowisko Ordynatora – Kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii.

Wydziału Farmaceutycznego

- Panu prof. dr. hab. Stefanowi Tyskiemu na stanowisko Kierownika Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej Wydziału Farmaceutycznego;
- Panu dr. hab. Tomaszowi Pawińskiemu na stanowisko Kierownika Katedry i Zakładu Chemii Leków.

Wydziału Nauki o Zdrowiu

- Panu prof. dr. hab. Robertowi Słotwińskiemu na stanowisko Kierownika Zakładu Immunologii, Biochemii i Żywności.

Jednostek ogólnouczelnianych

- Panu prof. dr. hab. Jerzemu Szaflikowi na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego.

JM Rektor wręczył gratulacje z okazji uzyskania nagrody jubileuszowej:

- Panu prof. dr. hab. Jerzemu Kossakowskiemu – Kierownikowi Katedry i Zakładu Chemii Medycznej;
- Panu prof. dr. hab. Wiesławowi Jędrzejczakowi – Kierownikowi Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych;
- Pani prof. nadzw. dr hab. Dagnie Bobilewicz – Kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej;
- Panu dr. hab. Kazimierzowi Szopińskiemu – Kierownikowi Zakładu Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej.

JM Rektor wręczył również podziękowania za aktywny udział w pracach Senatu, członkom Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w kadencji 2008-2012.

2. Stan rekrutacji na rok akademicki 2012/2013.

Senat zatwierdził rekrutację na rok akademicki 2012/2013, wyrażając zgodę na zwiększenie liczby miejsc do 116 na I rok studiów niestacjonarnych na kierunku lekarskim w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.

3. Zmiany w uchwale rekrutacyjnej na rok 2013/2014.

Senat przyjął zmiany w uchwale rekrutacyjnej na rok akademicki 2013/2014, wprowadzając nowy zapis w załącznikach 7 i 8 do Uchwały nr 32/2012 Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 18 kwietnia 2012 r. „Zasady i tryb postępowania rekrutacyjnego

na I rok studiów w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na rok 2013/2014.

Dotychczasowa treść ustępu w części „I. Stacjonarne” otrzymała brzmienie:

„Kandydaci, którzy uzyskali świadectwo EB lub świadectwo IB będą kwalifikowani na podstawie przeliczonych na punkty kwalifikacyjne wyników z egzaminu maturalnego z przedmiotów:

- 1) biologia – egzamin pisemny (poziom rozszerzony),
- 2) chemia – egzamin pisemny (poziom rozszerzony),
- 3) fizyka lub matematyka – egzamin pisemny (poziom podstawowy).

Oceny ze świadectw EB będą przeliczane na punkty kwalifikacyjne według wzoru:

wynik x 10.

Zasady przeliczania ocen ze świadectw IB na punkty kwalifikacyjne określone zostały w załączniku nr 2” do „Zasad i trybu postępowania rekrutacyjnego na I rok studiów w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym na rok 2013/2014”.

4. Kodeks Etyki Studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Senat przyjął „Kodeks Etyki Studenta Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”, dostępny na stronie internetowej Uczelni www.wum.edu.pl.

5. Zmiany w Załączniku nr 3 do Statutu Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego.

Senat przyjął zmianę w Statucie Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego polegającą na zmianie nazwy.

- Oddziału Chirurgii i Urologii Dziecięcej i Pediatrii na Oddział Kliniczny Chirurgii i Urologii Dziecięcej i Pediatrii.

6. Wyrażenie zgody przez Senat na zawarcie przez Rektora umowy o współpracy naukowej pomiędzy Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a Uniwersytetem Melbourne.

Senat wyraził zgodę na zawarcie przez Rektora umowy pomiędzy Warszawskim Uniwersytetem Medycznym a Uniwersytetem Melbourne o współpracy naukowej i realizacji projektu zgłoszonego do konkursu „Harmonia 3”, organizowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

7. Zgoda Senatu w sprawie upoważnienia JM Rektora do podjęcia decyzji finansowych w związku z koniecznością przeprowadzenia przebudowy i remontu dachu budynku Katedry i Kliniki Dermatologicznej przy ul. Koszykowej 82a.

Senat Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego upoważnił Jego Magnificencję Rektora do podjęcia decyzji finansowych, w tym zaciągnięcia zobowiązania finansowego w związku z koniecznością przeprowadzenia przebudowy i remontu dachu budynku Katedry i Kliniki Dermatologicznej przy ul. Koszykowej 82a w Warszawie.

8. Sprawy Wydziału Farmaceutycznego.

Senat pozytywnie zaopiniował:

- Powołanie Pana prof. dr. hab. Zbigniewa Fijałka na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Zakładzie Bioanalizy i Analizy Leków;

- Powołanie Pana prof. dr. hab. Aleksandra Mazurka na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Katedrze i Zakładzie Chemii Leków.

Senat pozytywnie zaopiniował sprawę przekształcenia następujących jednostek organizacyjnych:

- Katedry i Zakładu Chemii Organicznej w Zakład Chemii Organicznej;
- Katedry i Zakładu Bromatologii w Zakład Bromatologii;
- Katedry i Zakładu Toksykologii w Zakład Toksykologii;
- Katedry i Zakładu Chemii Leków w Zakład Chemii Leków.

9. Sprawy Centrum Kształcenia Podyplomowego.

Senat pozytywnie zaopiniował utworzenie studiów podyplomowych oraz zatwierdził plan i program nowych studiów, tj.:

- „Zarządzanie marketingiem medycznym”;
- „Menedżer zarządzania projektami w podmiotach leczniczych”;
- „Menedżer medycznego laboratorium diagnostycznego w obliczu zmian rynkowych”.

Senat zatwierdził zmiany w planie i programie następujących studiów podyplomowych:

- „Medycyna ubezpieczeniowa i orzecznictwo” – IV edycja;
- „Metodologia badań klinicznych” – V edycja;
- „Dietetyka w chorobach wewnętrznych i metabolicznych” – IV edycja;
- „Analityka medyczna” – V edycja;
- „Zarządzanie ryzykiem w podmiotach leczniczych” – I edycja;
- „Zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia” – V edycja.

10. Omówienie najważniejszych spraw bieżących Uczelni.

JM Rektor poinformował członków Senatu o następujących sprawach:

- W dniu 28 sierpnia 2012 r. odbędzie się uroczyste odsłonięcie tablicy na budynku przy ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, upamiętniającej działalność Katedr i Zakładów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także ich twórców oraz kierowników w latach 1916-2012 (do 1949 roku Uniwersytetu Warszawskiego).

Kopia tablicy zostanie umieszczona również w budynku Centrum Badań Przedklinicznych WUM.

- W dniu 31 sierpnia br. w Sali posiedzeń Senatu, odbędzie

się uroczyste przekazanie władzy organom jednoosobowym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego nowej kadencji. Uroczystość odbędzie się o godzinie 12.00. w obecności Senatorów kadencji 2008-2012 oraz kadencji 2012-2016.

- W dniu 10 września br. w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbędzie się posiedzenie Prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich. Przewodniczącym KRASP w nowej kadencji jest Pan prof. dr hab. Wiesław Banyś – Rektor Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Na posiedzenie KRASP zaproszona została Pani prof. dr hab. Barbara Kudrycka – Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
- W dniu 10 września br. o godzinie 11.00 odbędzie się rów-

nież wmurowanie kamienia węgielnego pod budowę Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego. Na Przewodniczącą Komitetu Honorowego proponowana została Pani Ewa Kłobukowska – mistrzyni olimpijska z 1964 roku.

- Budowa Szpitala Pediatrycznego przebiega zgodnie z założonym planem.
- W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Uczelnia złożyła wnioski:
 - o refundację poniesionych kosztów budowy Centrum Bibliotecznego-Informacyjnego w wysokości 39 mln zł,
 - o uzupełnienie finansowania Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego w wysokości 56,6 mln zł.

mgr Elwira Zielińska
Biuro Organizacyjne WUM

E-learning w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

Szanowni Państwo,

serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych studentów oraz pracowników Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego do zapoznania się z otwartymi kursami internetowymi przygotowanymi przez pracowników Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM: dr n. o zdr. Joannę Gotlib i dr n. farm. Mariusza Panczyka.

Kursy dostępne są na platformie Moodle Zakładu: www.nzd.moodle.wum.edu.pl w kategorii: Kursy otwarte.

Osoby zainteresowane kursami mogą zalogować się na dowolne kursy jako: Gość. Logowanie nie wymaga żadnego hasła.

Tematyka kursów obejmuje wybrane zagadnienia związane z prowadzeniem badań naukowych oraz przygotowywaniem prac dyplomowych: licencjacji

i magisterskich w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Oferta kursów internetowych będzie systematycznie poszerzana.

Zachęcamy również wszystkich zainteresowanych do przesyłania do Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia WNoZ WUM proponowanej tematyki kursów internetowych, w jakich chcieliby Państwo wziąć udział w przyszłości. Propozycje prosimy przysyłać na adres: zakladdydaktyki@wum.edu.pl

W razie jakichkolwiek pytań, wątpliwości czy chęci wymiany doświadczeń w zakresie kształcenia przez Internet prosimy o bezpośredni kontakt.

Z poważaniem,

dr n. o zdr. Joanna Gotlib
joanna.gotlib@wum.edu.pl
dr n. farm. Mariusz Panczyk
mariusz.panczyk@wum.edu.pl

Czy digitalizacja jest szansą, czy zagrożeniem dla systemu ochrony zdrowia? W jaki sposób e-health wpłynie na leczenie chorych? Na temat postępującej informatyzacji pracy lekarza oraz niebezpieczeństw związanych z tym procesem rozmawiamy z **prof. dr. hab. Andrzejem Górskim** – wiceprezesem Polskiej Akademii Nauk



Panie Profesorze, Konferencja „Electronic Health and Medicine” to już 15-ta konferencja na temat etyki w nauce organizowana przez Pana oraz Polską Akademię Nauk. Co skłoniło Pana, aby wrześnieową edycję konferencji na temat etyki w medycynie poświęcić zagadnieniu e-zdrowia?

Tak się składa że od szeregu lat jestem inicjatorem i współorganizatorem konferencji zajmujących się etyką w nauce. Na zorganizowanie pierwszej edycji konferencji poświęconej tej tematyce duży wpływ miał przypadek. W latach 90. byłem w Seattle (USA), we Fred Hutchinson Cancer Research Center, ośrodku, w którym pracuje prof. John Hansen, doktor honoris causa naszej Uczelni. Przez przypadek trafiłem tam na podobną konferencję organizowaną przez Uniwersytet Waszyngtona. I byłem pod wrażeniem olbrzymiego zainteresowania tymi zagadnieniami, głównie studentów. Pomyślałem sobie wówczas, że warto przeszczerić podobną inicjatywę na grunt polski. Drugim powodem jest to, że od dwóch lat jestem członkiem European Group on Ethics w Brukseli. Pierwszym zagadnieniem, którym się zajmowaliśmy,

na prośbę Przewodniczącego Komisji Europejskiej, była etyka „Information & Communication Technology”, czyli „etyka digitalizacji”. Doniosły jest również fakt, że digitalizacja służby zdrowia zachodzi także w Polsce, stale postępuje oraz wdziera się w różne obszary naszej działalności. Okazuje się, że już a priori, zanim digitalizacja nabierze znacząco istotnego wymiaru, mamy do czynienia z całym szeregiem zagadnień i problemów, którymi musimy się zająć i im sprostać.

Czy uważa Pan, że są jakieś obszary medycyny szczególnie dotknięte faktem postępującej digitalizacji i robotyzacji?

Digitalizacja dotyczy już wszystkich dziedzin medycyny. Jeżeli się dowiadujemy, że za trzy lata ilość komputerów będzie wynosiła 2 miliardy, jeżeli są kraje, w których liczba telefonów komórkowych jest większa niż liczba mieszkańców, jeżeli ok. 70% populacji codziennie korzysta z Internetu – to te fakty mają wpływ nie tylko na nasze codzienne

życie, ale także na otaczającą nas rzeczywistość. Przykładem digitalizacji skojarzonej z robotyzacją jest robot chirurgiczny Da Vinci, który wprowadził w Polsce prof. Wojciech Witkiewicz z Wrocławia. W okulistyce próbuje się wszczepiać elektroniczne protezy siatkówki, oparte na transmisji sygnałów. Ale digitalizacja służby zdrowia to przede wszystkim elektroniczna historia chorób, wprowadzenie karty elektronicznej chorego, a także innych obszarów, związanych z przepływem informacji. Pani prof. Maria Siemionow mówi, że w Cleveland właściwie wszystkie historie choroby są zdigitalizowane, z kolei dr Sikorski, dyrektor Centrum Informatyzacji Służby Zdrowia planuje w ciągu dwóch lat wprowadzić system e-recept oraz powszechnej elektronicznej historii choroby.

Z jednej strony rozwój nowoczesnych technologii robotyzuje

medycynę, z drugiej digitalizuje informację...

Szeroki dostęp do informacji dotyczy wszystkich dziedzin medycyny, komputer wypiera papier. Obecnie mamy do czynienia z tzw. „data mining” – uzyskiwaniem nowych faktów pochodzących ze zgromadzonych już zbiorów, tzn. na podstawie danych już istniejących. Pamiętam czasy, kiedy jako młody lekarz chodziłem do Głównej Biblioteki Lekarskiej, gdzie czasem i po paru godzinach udawało się znaleźć kilka odbitek czy parę potrzebnych książek. Takie to były czasy. W tej chwili dzięki „data mining” w ciągu krótkiego czasu mogę się dowiedzieć, co zostało opublikowane w każdej dziedzinie medycyny, zwłaszcza gdy czasopismo stosuje zasadę Open Access.

Jednak digitalizacja, oprócz niewątpliwych zalet, niesie ze sobą również zagrożenia. Które z nich, według Pana, są najbardziej poważne?

Jest ich kilka. Przede wszystkim zabezpieczenie prywatności chorego przed niepowołanych ich użyciem, czyli poufność tych danych. Jeżeli pan dostaje czyjeś dane i umieszcza je w Internecie to pojawia się kwestia prywatności pacjenta, który te dane powierza. Jakie są gwarancje, że informacje te nie dostaną się w niepowołane ręce? Chodzi tu o różne dane, również dotyczące intymnych spraw: takich jak orientacja seksualna, ewent. zakażenie wirusem HIV czy nawet adres domowy lub telefon. Te dane powinny być odpowiednio enkryptowane i zanonimizowane, tak zapisane, aby niepowołana osoba nie mogła się do nich dostać, a przez to zabezpieczona została prywatność chorego przed niepowołanym użyciem. Kolejną kwestią jest – kto do tych danych ma w ogóle dostęp, kto ma do nich prawo. To niezwykle ciekawe zagadnienie. W niektórych instytucjach jest tak, że pod warunkiem anonimizacji tymi da-

nymi mogą dysponować placówki naukowe. Dalej, prawo do usunięcia części lub wszystkich danych. Musi być prawo, które zagwarantuje, że pewne informacje o sobie będziemy mogli z Internetu usunąć. Inną kwestia jest prawo do nie uzyskiwania określonych informacji na swój temat. Mam prawo nie wiedzieć czegoś o sobie, co np. dotyczy mego stanu zdrowia. Dlatego, oprócz zapisu dotyczącego prawa do wiedzy (right to know) powinien znaleźć się zapis mówiący o prawie do odmowy uzyskiwania informacji (right not to know).

A jak, Panie Profesorze, postępująca digitalizacja wpłynie na relację pacjenta z lekarzem?

To jest kolejna, i to bardzo ważna kwestia, związana z ograniczeniem kontaktów lekarz-pacjent. Podczas konferencji pokazywałem slajd i cytaty z Hipokratesa, który twierdził przed wiekami, że chory może wyzdrowieć, gdy lekarz okaże mu troskę i otoczy odpowiednią atmosferą. Oczywiście nikt przy zdrowych zmysłach nie twierdzi, że można tak leczyć nowotwory, ale wykazano, że stan psychiczny chorego może sprzyjać wyleczeniu z nowotworu. A na ten pozytywny stan psychiczny chorego duży wpływ ma lekarz. Tu wzorem lekarza dla mnie był Prof. T. Orłowski, u którego miałem szczęście się uczyć. Kontakt prof. Orłowskiego z każdym pacjentem był taki, że chory czuł się obiektem rzeczywistego zainteresowania i priorytetu w myśl zasady: *salux aegroti suprema lex*. Teraz niektóre powinności lekarza przejmują komputer. To ma oczywiście swoje plusy, np. w sytuacji kiedy lekarza i pacjenta dzieli bardzo duża odległość, dzięki komputerowi możemy utrzymać stały kontakt, to samo w przypadku chorych z trudnościami poruszania się. Z drugiej jednak strony jest pewna granica. Jeżeli komputer zastąpi lekarza, może dojść do niebezpiecznych sytuacji.

Czy uważa Pan, że tzw. wirtualni lekarze mogą być niebezpieczni dla zdrowia pacjenta?

Niebezpieczne jest zamieszczanie w Internecie niewiarygodnych informacji dot. zdrowia i stanów chorobowych – przecież wielu miejsc internetowych nikt nie weryfikuje. To samo zresztą dotyczy aptek internetowych, z których nie wszystkie są wiarygodne. Niekontrolowana digitalizacja powoduje, jak wspomniałem, minimalizację kontaktów lekarza z chorym, co może negatywnie wpływać na proces leczenia.

Niektórzy zauważają, że digitalizacja w służbie zdrowia znacząco obniży koszty działalności placówek medycznych.

Tak naprawdę nikt na to nie przedstawił przekonujących argumentów. Poza tym, jeśli w systemie ochrony zdrowia panuje chaos, to żadna digitalizacja takiego systemu nie uzdrowi, także pod względem ekonomicznym. Z drugiej strony trudno znaleźć kraj, w którym nie ma skarg na pracę służby zdrowia...

Oprócz tych wszystkich kwestii związanych z digitalizacją warto wspomnieć jeszcze o jednej, związanej z powstawaniem i rozwojem aptek internetowych.

Ten problem nie był poruszany podczas konferencji, ale jest on coraz bardziej poważny. W tej chwili ponad 15% sprzedaży wszystkich leków odbywa się przez Internet. Trudno tę działalność kontrolować. Dodatkowo niektóre z tych aptek wydają leki bez recepty. Żywiolowy rozwój digitalizacji wyprzedził pewne prawa. Apteki internetowe powinny mieć swoją licencję, tak jak mają ją wszystkie standardowe apteki. Niestety, zdarzały się już przypadki samobójstw popełnianych przez chorych kupujących środki w aptekach internetowych.

Czy sądzi Pan, że Polska jest technologicznie przygotowana na digitalizację służby zdrowia?

Myślę, że tak, wydają się to też potwierdzać dane przedstawione przez dr. L. Sikorskiego. Polska pod względem ilości komputerów i intensywności ich używania jest na 10 miejscu w Europie. Nie jest to zła sytuacja, podobnie jak w przypadku dostępu do Internetu. Natomiast pojawia się kwestia tzw. „digital divide”, czyli różnic w dostępie do sieci. Chodzi tu przede wszystkim o ludzi starszych. Jaki procent starszych osób ma dostęp do Internetu? Nie potrafię powiedzieć, czy Polska pod tym względem odstaje od innych krajów Europy. Istnieją jednak dane mówiące, że ponad 20% osób w ogóle nie korzysta z Internetu. Wynika stąd, że dostęp do Internetu i digitalizacja jest jednak w jakimś stopniu ograniczona.

Korzystając z wizyty w naszym kraju prof. Fineberga – prezesa Institute of Medicine Amerykańskiej Akademii Nauk, zaprosił go Pan również do odwiedzenia naszej Uczelni.

Prof. Harvey Fineberg to jeden z największych autorytetów medycyny amerykańskiej. Starałem się o jego przyjazd do nas już od wielu lat. A ponieważ jedną z dziedzin, którymi interesuje się Institute of Medicine jest electronic health, byłem bardzo rad, kiedy dowiedziałem się ze prof. Fineberg może przyjechać na naszą konferencję. Seminarium w Sali Senatu WUM z jego udziałem prowadzone przez Pana Dziekana prof. M. Wielgosia było bardzo udane. Zawdzięczamy to przede wszystkim doktorantom, którzy licznie stawili się na to spotkanie, wysłuchali wykładów, a następnie aktywnie uczestniczyli w dyskusji, prowadzonej na znakomitym poziomie, zarówno pod względem językowym, jak i merytorycznym.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Cezary Ksel



O głównych zadaniach zdrowia publicznego oraz najbardziej palących problemach zdrowotnych Polaków rozmawiamy z **prof. dr. hab. Januszem Ślusarczykiem** – Kierownikiem Zakładu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Panie Profesorze, w ciągu ostatnich lat rządy poszczególnych krajów, również organizacje międzynarodowe, jako jeden ze swoich priorytetów wyznaczyły sobie podnoszenie jakości zdrowia obywateli. Jakie fakty zdrowotne sprawiły, że na zdrowie publiczne zaczęto zwracać coraz baczniejszą uwagę?

Wydaje się, że kilka równocześnie przebiegających zdarzeń we

współczesnym świecie wpływa na wzrost nie tylko zainteresowań, ale i rangi zdrowia publicznego. Przede wszystkim wzrost zamożności społeczeństw, procesy demokratyzacji, postęp edukacyjny i korzystne zmiany w świadomości obywateli w postrzeganiu prozdrowotnych stylów życia. Dodałbym także wpływ rewolucji informatycznej i interpersonalną łatwość

komunikacji przenoszącą się na poziom dużych grup populacyjnych w poszczególnych krajach, a także świata. Jak Pan słusznie zauważył, podnoszenie jakości życia obywateli zaczęło być postrzegane priorytetowo przez poszczególne państwa. Oczywiście istnieją nadal różnice pomiędzy państwami i świat jest podzielony na kraje rozwinięte i rozwijające się, a stopień rozwoju społeczno-ekonomicznego determinuje także zdrowotne priorytety społeczeństw. Można powiedzieć, że od bardzo dawna znany jest ścisły związek ubóstwa z występowaniem chorób, ale wyrównywanie różnic w dostępie do opieki zdrowotnej i jakości usług zdrowotnych dla wszystkich warstw społecznych jest nadal podstawowym problemem nawet w wielu państwach rozwiniętych.

Wracając do rangi zdrowia publicznego, które operuje pojęciami zdrowotności na poziomie całych populacji, a nie jednostek, należy podkreślić dwie główne sfery działań w tym zakresie: wiodącą rolę państwa w ochronie i promocji zdrowia oraz partnerstwo ze społeczeństwem. To partnerstwo powinno być naturalne, ale niekiedy musi być wymuszone, np. prawnie. Przykładem jest choćby obowiązek zapinania pasów bezpieczeństwa w samochodzie. W skali jednostki może się to zalecenie wydawać nieistotne, bo wiele osób nigdy nie będzie miało wypadku drogowego. Ale w skali populacji wszystkie statystyki jednoznacznie wskazują na postęp w ratowaniu życia po kolizjach.

Wg definicji Winslowa zdrowie publiczne postrzegane jest jako nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania się życia i zajmująca się promocją zdrowia. Spoglądając na nasze społeczeństwo – co nam w sen-

sie zdrowotnym szczególnie zagraża? Czy są to zjawiska pogłębiające się?

W jednym pytaniu zawarł Pan kilka kwestii. Definicje zdrowia publicznego uległy modyfikacji od czasu definicji Winslowa w roku 1920, choć nie są to różnice fundamentalne. Obecnie uważa się, że zdrowie publiczne jest „nauką i sztuką zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promocji zdrowia przez zorganizowane wysiłki społeczeństw” (Acheson, 1988). Wprowadzono także pojęcie „New Public Health”. Pojęcie nowego zdrowia publicznego zwraca uwagę na wzajemne powiązania różnych czynników mających udział w ochronie zdrowia: jej cele, priorytety, koszty, racjonalne zarządzanie zasobami materialowymi i ludzkimi. Wraz ze zmianami w postrzeganiu współczesnego zdrowia publicznego i jego roli w życiu i zdrowotności społeczeństw, powstają nowe specjalności, zwłaszcza w krajach anglosaskich, jak na przykład „public health medicine” lub „social epidemiology”.

Spoglądając obecnie na nasze społeczeństwo, można z dużym uogólnieniem powiedzieć, że rysujące się zagrożenia zdrowotne są wspólne także dla innych państw rozwiniętych. Na przykład, wzrost liczby przypadków nowotworów i chorób układu sercowo-naczyniowego, co może być powiązane z wydłużaniem się długości życia i starzeniem populacji. Podczas trwania życia u około 2 osób na 5 rozwinie się nowotwór. Można przypuszczać, że będzie wzrost problemów zdrowia psychicznego, zwłaszcza związanych z miażdżycą i demencją, które również będą następstwem zmian demograficznych. Jest też polska specyfika – na przykład wysoka liczba zabitych i rannych w częściej występujących niż w innych krajach wypadkach komunika-

cyjnych. Ale relatywnie wysoka wypadkowość występuje także w miejscach pracy i w domach.

A czy można w jakiś sposób tym zjawiskom zaradzić?

Wiele osób i organizacji na świecie tym się zajmuje. Odpowiem, opierając się na postępowaniu wypracowanym przez WHO. Jest ono oparte na 3 celach postępowania: jaki wynik działania chcemy osiągnąć, jakie aktywności przedsięwziąć w ramach zaplanowanych działań i jakie powinny być działania związane z poprawą istniejącej infrastruktury. Pierwszym celem może być eliminacja choroby, jeżeli istnieje taka możliwość – na przykład szczepienia populacji przeciw odrze lub wirusowym zapaleniom wątroby typu A i B – istnieją przecież znakomite i skuteczne szczepionki, lub zmniejszenie śmiertelności w przebiegu chorób – na przykład w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Drugi cel będzie związany z wprowadzaniem odpowiedniej polityki zdrowotnej – na przykład badania przesiewowe populacji w celu wczesnego wykrycia nowotworu lub wybór postępowania w celu osiągnięcia redukcji nałogu palenia tytoniu. Trzeci cel będzie realizowany przez szkolenia personelu, zmiany w zarządzaniu i w organizacji opieki zdrowotnej wpływające na poprawę jakości tej opieki.

Hasłem roku 2012 Światowej Organizacji Zdrowia jest „Starzenie się i zdrowie”. Dlaczego starzenie się jest ostatnio tak palącym problemem społecznym? Jak przedstawia się sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce oraz stan promowania zdrowego i aktywnego starzenia się?

Problematyka starzenia się i zdrowia obejmuje wiele aspek-

tów. Można spojrzeć na nie globalnie i lokalnie. Globalnie znane są obecne zmiany demograficzne i powszechnie obserwowany trend wydłużania się życia, przy jednoczesnym spadku dzietności w wielu krajach rozwiniętych. Obserwowane zmiany można przełożyć na prognozowanie potrzeb zdrowotnych. Poczynając od aspektów naukowych oraz prób oceny i pomiarów z zakresu demografii i epidemiologii, poprzez problemy socjologiczne w różnych krajach dochodzimy do własnych problemów związanych ze starzeniem się populacji w Polsce. A problemem jest wiele już obecnie, choćby niedostatek domów opieki nad osobami starszymi, wysokie koszty pobytu w istniejących domach opieki, niedostatek oddziałów i łóżek geriatrycznych. Zaczyna się tworzyć nieco paradoksalna

sytuacja, gdy nowe osiągnięcia medycyny i coraz lepsze sposoby leczenia wydłużają życie, a rosnące liczbowo pokolenie osób w podeszłym wieku boryka się z narastającymi problemami.

Jaka jest kondycja polityki zdrowotnej w Polsce? W jakim kierunku powinny pójść działania zmierzające do poprawy jakości zdrowia i świadomości zdrowotnej wśród Polaków?

Polityka zdrowotna w Polsce ma tendencję do eksponowania problemów związanych z medycyną naprawczą, co jest oczywiście zrozumiałe, myśląc o potrzebach ludzi chorych. Moim zdaniem należałoby poszerzyć obszary działań polityki zdrowotnej również o zainteresowanie się zdrowymi osobami, a właściwie o opracowanie działań korygujących i prewen-

cyjnych. Powinny one być wielokierunkowe i dotyczyć zarówno wpływu na sposoby zdrowego życia i aspektów zdrowia w środowisku pracy osób aktywnych zawodowo. Dzisiaj wiadomo, że takie choroby przewlekłe jak cukrzyca – zwłaszcza często związana z otyłością, nadciśnienie i choroby serca mogą być korygowane, np. właściwą dietą, unikaniem używek, aktywnością ruchową, czy też innymi czynnikami prozdrowotnymi składającymi się na styl życia. Innymi słowy, w polityce zdrowotnej powinny się znaleźć elementy wpływające na zapobieganie chorobom i utrzymanie zdrowia społeczeństwa przez możliwie długi okres w życiu.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Cezary Ksel



21 września obchodziliśmy Światowy Dzień Choroby Alzheimerera. O chorobie tej, stanie leczenia i najnowszych zdobyczach nauki w walce z tym schorzeniem rozmawiamy z dr Małgorzatą Gawęł z Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Pani Doktor, jaka jest skala zachorowań na chorobę Alzheimerera w Polsce?

W Polsce zapadalność na chorobę Alzheimerera dotyczy, podobnie jak w Europie Zachodniej, ok. 3-4% populacji. Istnieje jednak zasadnicza różnica pod względem częstości zachorowania w różnych przedziałach wiekowych. Wiadomo, że choroba Alzheimerera dotyczy ludzi w wieku podeszłym, jednak zachorowalność w wieku 60 lat wynosi 2,5-3,5%, w wieku 80 lat do 20%, a w wieku

90 lat nawet do 35-50%. Podsumowując, po 60 roku życia liczba chorych na chorobę Alzheimera podwaja się co 5 lat. W Polsce populacja chorych na chorobę Alzheimera stanowi ok. 250 tys. osób, na ok. 400 tys. osób z zaburzeniami otępiennymi.

Czy w przeciągu lat obserwujemy zmniejszenie czy zwiększenie zachorowalności?

W związku ze zjawiskiem starzenia się społeczeństw, wzrasta też liczba chorych na choroby wieku podeszłego, w tym chorobę Alzheimera. Średnia długość życia w 1900 roku wynosiła dla mężczyzn 45 lat, dla kobiet 50 lat. W roku 2000 średni wiek przeżycia dla mężczyzn wynosił 70,5 roku, zaś dla kobiet ok. 78 lat. Według prognoz, w Polsce populacja osób powyżej 60 roku życia w 2030 będzie wynosiła 9 mln osób (obecnie ok. 6 mln). Ponieważ głównym czynnikiem ryzyka dla choroby Alzheimera jest wiek, więc oczywiste jest, że liczba chorych stale rośnie.

Kto jest głównie narażony na chorobę Alzheimera? Czy wiadomo, co jest głównym powodem zapadalności na tę chorobę?

Większość zachorowań na chorobę Alzheimera to przypadki sporadyczne (90%), natomiast na obecnym etapie wiedzy wiadomo, że bardziej narażone na rozwinięcie objawów choroby są osoby o charakterystycznym genotypie. Są to osoby, u których występuje para alleli genu dla białka apolipoproteiny E (APO E), w formie E4/E4. Jest to gen podatności na zachorowanie na chorobę Alzheimera, tj. przy współistnieniu alleli APO E4/E4 ryzyko zachorowania wzrasta, ale czynnik ten nie warunkuje w sposób pewny rozwoju choroby. Osoby z genotypem APO E4/E4 to około 10-15% wszyst-

kich chorych na chorobę Alzheimera, natomiast współistnienie alleli APO E4/E4 stwierdza się jedynie u ok. 2-3% populacji.

Ponadto znanych jest ok. 200 mutacji w obrębie różnych genów, które są przyczyną genetycznie uwarunkowanej postaci choroby Alzheimera. Jest to m.in. mutacja genów dla preseniliny I i II, które to białka prawdopodobnie zaburzają prawidłowy metabolizm beta-amyloidu odkładającego się w chorobie Alzheimera w postaci blaszek starczych i będącego przyczyną nieprawidłowych przemian białka tau, budującego mikrotubule wewnątrz aksonów. Innym typem mutacji jest mutacja w obrębie genu dla prekursora amyloidu APP, z którego na skutek nieprawidłowych przemian powstaje nierozpuszczalny beta-amyloid.

Naukowcy od lat starają się wynaleźć skuteczną terapię walczącą z tych schorzeniem. Które z tych rozwiązań uznaje Pani za najbardziej skuteczne lub pomocne?

Przed ok. 20 laty zostały wprowadzone do leczenia choroby Alzheimera inhibitory acetylocholinoesterazy. Są to leki, których działania nie można nazwać przyczynowym, ponieważ jedynie podwyższają poziom acetylocholiny w mózgu, który na skutek zaniku neuronów i połączeń synaptycznych ulega w chorobie Alzheimera obniżeniu. Acetylocholina jest kluczowym neuroprzekaźnikiem w procesach zapamiętywania i utrwalania śladów pamięciowych, i jej niedobór jest jednym z czynników powodujących zaburzenia pamięci.

Obecnie stosujemy w praktyce trzy inhibitory acetylocholinoesterazy: donepezyl, rywastygminę i, nieco rzadziej, galantaminę. Wszystkie te trzy leki mają podobną skuteczność, tj. poprawiają

funkcjonowanie poznawcze, najistotniej w pierwszych kilkunastu miesiącach stosowania. Są zarejestrowane do leczenia łagodnej i umiarkowanej fazy choroby. Wydaje się, że mogą też wpływać na opóźnienie rozwoju choroby.

Od kilku lat zarejestrowano dla leczenia umiarkowanej i zaawansowanej fazy choroby memantynę, lek, który zmniejsza ekscytotoksyczność aminokwasów pobudzających, poprzez blokowanie receptora NMDA. Jest to lek, którego działanie jest dość mało specyficzne, głównie oparte na funkcji neuroprotekcijnej. Obecnie złotym standardem postępowania leczniczego w chorobie Alzheimera jest łączenie obu leków – jednego z grupy inhibitorów acetylocholinoesterazy i memantyny.

Trzeba pamiętać także, że często istotą postępowania terapeutycznego w chorobie Alzheimera jest leczenie zaburzeń zachowania i objawów psychotycznych (urojenia, omamy), które stanowią istotny problem w opiece nad chorym. Do leczenia objawów depresji, apatii stosuje się najczęściej inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) lub trazodon natomiast do leczenia stanów pobudzenia, agresji oraz objawów wytwórczych można stosować neuroleptyki nowej generacji, tj. risperidon, olanzapinę. Często stosowane są także anksjolityki, np. opipramol lub z grupy leków przeciwpadaczkowych – karbamazepina.

Dlaczego tak trudno znaleźć lek na chorobę Alzheimera?

Problem tkwi w niezbadanej ostatecznie etiologii schorzenia. Obecny stan wiedzy nie pozwala na stwierdzenie, co stanowi pierwotną przyczynę powstawania zmian neurodegeneracyjnych w chorobie Alzheimera. Wiemy, jakie w tej chorobie są zmiany neuropatologiczne, tj. złogi beta-

-amyloidu oraz zwyrodnienie neurofibrylarne, oraz cechy angiopatii amyloidowej. Wiemy także, że źródłem nierozpuszczalnego beta amyloidu jest białko – prekursor beta amyloidu APP, które w chorobie Alzheimera jest rozkładane na nierozpuszczalne fragmenty poprzez działanie nieprawidłowych enzymów rozszczepiających, tj. beta- i gamma-sekretaz. Nie wiemy jednak, dlaczego (w postaciach sporadycznych) dochodzi do funkcjonowania nieprawidłowych enzymów rozszczepiających. Dopiero po odkryciu wyjściowej przyczyny zaburzeń metabolizmu beta-amyloidu będzie możliwe opracowanie skutecznej metody terapeutycznej.

Czy na przestrzeni kilku lat może, Pani zdaniem, dokonać się znaczny postęp w poszukiwaniu terapii leczenia tego schorzenia? W jakim kierunku prowadzone są badania nad znalezieniem leku?

Obecnie na całym świecie prowadzonych jest ok. 400 badań lekowych u pacjentów z chorobą Alzheimera, stąd widać, jak ogromne jest zainteresowanie, by jak najszybciej odkryć skuteczną metodę terapeutyczną. W ciągu ostatnich kilku lat działania ogniskują się wokół prób zastosowania różnego rodzaju przeciwciał skierowanych przeciwko beta-amyloidowi i ułatwiających w tym mechanizmie jego eliminację. Jednak wyniki prób lekowych nie są zadowalające; okazuje się, że pomimo zmniejszenia ilości złogów beta-amyloidu, nie obserwuje się poprawy w zakresie funkcji poznawczych tak leczonych pacjentów. Nadziejano także z zastosowaniem inhibitorów nieprawidłowo działających sekretaz, ale wyniki okazały się negatywne. Z pewnością, tak jak wspomniałam, skuteczna terapia będzie możliwa po wy-

jaśnieniu pierwotnych przyczyn choroby.

Jak wygląda sytuacja chorych na chorobę Alzheimera w Polsce? W jaki sposób odbywa się ich leczenie i czy różni się ono od leczenia chorych na Alzheimera w innych krajach? Jakie zmiany powinny nastąpić, aby leczenie pacjentów z chorobą Alzheimera było w Polsce lepsze?

W ciągu ostatnich kilku lat w Polsce możliwości terapeutyczne i opiekuńcze dla pacjentów z chorobą Alzheimera z pewnością uległy poprawie. Ale w związku z moim 15-letnim doświadczeniem w terapii pacjentów z zaburzeniami pamięci, obserwuję dwie przeciwstawne tendencje. Z jednej strony, pacjent czy opiekun może skorzystać z wielu różnych form pomocy oferowanej przez np. Ośrodki Opieki Diennej, opiekę społeczną w pobliżu miejsca zamieszkania, Domy Opieki Społecznej; z drugiej strony, koszt leków niezbędnych do leczenia pacjentów z chorobą Alzheimera w ciągu ostatniego roku znacznie się zwiększył. Wpłynęły na to niekorzystne zmiany refundacyjne w zakresie cen dla inhibitorów acetylocholinoesterazy. Memantyna – złoty standard w leczeniu choroby Alzheimera na świecie, w Polsce nigdy nie była refundowana, a koszt terapii miesięcznej wynosi ok. 200 zł, co dla większości pacjentów jest ceną zaporową.

Ośrodki Pomocy Społecznej, które działają w obrębie miejsca zamieszkania chorego (najczęściej są zlokalizowane przy Urzędzie Gminy lub przy Poradniach Rejonowych) oferują pomoc pieniężną w postaci zapomogi oraz wykonywanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych w domu chorego. Gdy chory nie może przebywać pod opieką rodziny

we własnym, lub należącym do członków rodziny mieszkaniu, alternatywą są domy opieki społecznej. Jeśli stan chorego wymaga przez co najmniej 2 tygodnie podawania dożylnych wlewów kroplowych, karmienia przez sondę, cewnikowania, pielęgnacji odleżyn, należy skorzystać z tzw. pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu chorego.

Jeśli stan zdrowia osoby chorej nie pozwala na dalszą opiekę w domu, koniecznością staje się umieszczenie chorego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Utrudnieniem w zorganizowaniu pomocy są często długie terminy oczekiwania na wolne miejsca w zakładach opiekuńczych.

W krajach Europy Zachodniej istnieje sprawniej działający system socjalny, który wspiera opiekunów w codziennej opiece nad chorym. Mam na myśli pomoc nie tylko w zapewnieniu codziennych potrzeb chorego, jak żywienie, pielęgnacja, ale także pomoc psychologiczną dla opiekunów. Musimy zdawać sobie sprawę, że najczęściej opiekunem chorego jest jego współmałżonek, osoba, która także jest w wieku podeszłym i często obciążona jest licznymi schorzeniami.

Bardzo pożądaną, rozwijaną w Warszawie i w większych miastach Polski inicjatywą jest tworzenie domów opieki dziennej, w których organizowane są warsztaty zajęciowe dla osób z zaburzeniami otępiennymi lekkiego i umiarkowanego stopnia. Pozwala to na podtrzymywanie poznawczej i społecznej aktywności chorego, oraz umożliwia opiekunowi odpoczynek i znalezienie czasu na własne potrzeby.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Cezary Ksel

Leopold Lafontaine (1756 – 1812).

Słów kilka w dwusetną rocznicę śmierci.

Maria J. Turowska

Zakład Bioetyki

i Humanistycznych Podstaw Medycyny

Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Spróbuję wskrzesić wydarzenia sprzed ponad dwustu lat. Wydawać się może, iż było to tak dawno, a jednak postać, o której będzie mowa, przez szerokość swoich horyzontów myślowych, poczynąń badawczych oraz zwykłych codziennych zachowań, prócz oczywiście wzbudzenia szacunku – zdaje się inspirować do twórczej refleksji.

Kim był Franciszek Leopold Lafontaine – bo nim będzie tu mowa. Już na wstępie wypada zaznaczyć, iż nie był Polakiem. Urodził się w małym wirtemberskim miasteczku Biber 14.I.1756 roku w rodzinie o korzeniach szwajcarskich, i choć mówił piękną polszczyzną, do końca życia nie wyzbył się nietypowego akcentu, oraz powiedzonka, które poirytowany wtrącał w tok rozmowy „...diabeł porwaj...”. Lecz, jak wielu Mu podobnych, którzy w kraju nad Wisłą znaleźli dla siebie drugi dom, tej nowej ojczyźnie „...swoich pożytków zapomniawszy służył uczciwie...”. Każdy z okresów jego dość długiej drogi życiowej i zawodowej godzien jest przynajmniej krótkiego omówienia, bowiem, zapoznając się z nimi, można w Leopoldzie Lafontaine widzieć niejako protoplastę wielu kierunków badań naukowych tak w dyscyplinach klinicznych, jak i w niezwykle istotnej oświacie zdrowotnej, której był krzewicielem. To on był autorem pierwszego popularnego pisma poświęconego tej właśnie tematyce, a mianowicie „Dziennika Zdrowia dla wszystkich stanów”, który ukazywał się w Warszawie w latach 1801-1802 w ogólnej liczbie dwunastu numerów.

Zakrawa przy tym na paradoks, iż Leopold Lafontaine jakoś nie doczekał się ani obszernej



biografii, ani bardziej szczegółowego opracowania swoich prac. Teksty o charakterze encyklopedycznego życiorysu są nieliczne, bądź znajdują się w publikacjach trudno dziś dostępnych dla przeciętnego czytelnika, zaś wśród dużych opracowań wypada wymienić zaledwie dwa – Michała Bergonzoniego „Rzecz czytana o Leopoldzie Lafontaine...” (tak również pisano w Polsce jego nazwisko), rodzaj homagium pośmiertnego wygłoszonego 30.IV.1814 roku podczas posiedzenia Królewskiego Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk oraz opublikowana w 1949 roku (czyli po stu trzydziestu dwóch latach po pierwszym) biografia autorstwa Aleksandra Krasuskiego. Nazwiska Lafontaine nie wymieniają współczesne encyklopedie – ani „Nowa Encyklopedia PWN”, ani monumentalna „Wielka Encyklopedia Powszechna”. Inne wzmianki biograficzne są nieliczne i zaliczyć tu wypada biogram w „Polskim Słowniku Biograficznym”, króciutki tekst autorstwa Wojciecha Noszczyka, kilkanaście wersów w monografii „Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia”, gdzie jego nazwisko zapisane jest „... de La Fontaine...”, podobną równie skąpą notkę w pracy Stefana Wojtkowiaka oraz dwa artykuły autorstwa Jerzego Kulikowskiego.

Nie lepiej jest w nowym źródle informacji – Internecie. Po wpisaniu do wyszukiwarki hasła „Leopold Lafontaine” otrzymujemy, owszem, bardzo wiele adresów stron, lecz praktycznie wszystkie powielają hasła biograficzne zaprezentowane w „Wikipedii”.

Pracował w ciekawych czasach i każdy odcinek jego drogi zawodowej godzien jest skupienia na nim uwagi, lecz szczególnie – być może z racji osobistych preferencji historycznych – pragnęłabym skupić się na ostatnich pięciu latach życia i pracy naszego Bohatera. A były one zarazem i trudne i twórcze.

...najwyższy już czas uchylić drzwi Historii. Późną jesienią 1806 roku na tereny Prus Nowoschodnich, bowiem taką nazwę nosiła część Polski łącznie z Warszawą, która po 1796 roku została zagarnięta przez jednego z „...trzech czarnych orłów...”, czyli Prusy, dotarły wojska armii francuskiej. Napoleon, po zwycięstwach pod Jeną i Auerstaedt, tryumfalnie przechodził przez ich terytorium. W listopadzie był już w Poznaniu, w drugiej połowie grudnia w Warszawie. Na rogatek Wolskich w składzie delegacji, która witała wkraczające do miasta oddziały kawalerii pod wodzą Joachima Murata, stanowiące awangardę Wielkiej Armii, znajdował się również Leopold Lafontaine. W pierwszym zrywie entuzjazmu na wyzwolonych obszarach spontanicznie odradzały się polskie instytucje władzy cywilnej i wojskowej. Działania te objęły również niezbędną w każdej armii służbę zdrowia, która u schyłku I Rzeczypospolitej, jak również podczas Insurekcji Kościuszkowskiej, funkcjonowała bardzo sprawnie – w czym również było wiele zasługi Leopolda Lafontaine, lecz obecnie jednak, przyszło zaczynać praktycznie od zera.

Leopold Lafontaine zajmował się urządzaniem lazaretów dla wojsk francuskich, od samego początku intensywnie działając w Komisji Lazaretowej, zaś po ukonstytuowaniu się władz Księstwa Warszawskiego został wytypowany w dniu 16.VI.1807 roku jako jeden z dwóch kandydatów na stanowisko protochirurga. Nie obeszło się tu bez dość gorzkiej wymiany zdań między kandydatami, ale dnia 23.IX.1807 roku złożył przysięgę. Warto przytoczyć z tej rotacji choć jeden wers, który brzmi jakże współcześnie: „...zaświadczeń niezdadności nie wydam innym jako tym, którzy dla ran odniesionych lub choroby dalej służyć nie będą w stanie...”.

Wojskowej służbie zdrowia brakowało szczególnie wykształconej kadry medycznej, gdyż Warszawa nie posiadała wówczas szkoły wyższej kształcącej adeptów w tym kierunku. Leopold

Lafontaine i Jego przyjaciele zgromadzili jednak swoich uczniów i już w grudniu 1806 roku na własną rękę zaczęli ich szkolić. Działalność ta zwróciła uwagę przebywającego wówczas w Warszawie wraz z armią napoleońską wybitnego chirurga owego czasu Jana Dominika Larrey, którego Leopold Lafontaine mógł poznać osobiście podczas swojego pobytu w Paryżu wiosną i wczesnym latem 1806 roku. Jak zanotował w swoich „Memoires” „...na prośbę...” (przypuszczalnie właśnie Leopolda Lafontaine) „...wygłosiłem szereg wykładów...”. Można więc napisać żartobliwie, iż już u zarania „...*alma mater medicinae varsaviensis*...” gościli w jej murach wybitni przedstawiciele życia naukowego ówczesnej Europy.

Sam Leopold Lafontaine również prowadził wykłady w tej *ad hoc* powołanej, ale jakże potrzebnej szkole, która od początku borykała się z dużymi trudnościami lokalowymi. Pierwszą siedzibą był tzw. „...dom nad bramą...” na ulicy Jezuickiej (fot. 1), później wynajęty przez Stanisława Staszica budynek pojezuicki po przeciwnej stronie tej wąskiej staromiejskiej uliczki (fot. 2), następnie „...koszary kadeckie...” i wreszcie „...koszary sapieżyńskie...” (fot. 3) – gdzie szkoła zajmowała pomieszczenia w północnym skrzydle gmachu (dziś narożnik od strony skrzyżowania ul. Wójtowskiej i Freta). Tam też dnia 8.VI.1808 roku, o czym donosiła „Gazeta Warszawska” odbyło się uroczyste oficjalne otwarcie szkoły, zaś program nauczania w kilka dni później uzyskał zatwierdzenie przez Ministra Wojny.

Trudności lokalowe nie zrażały jednak ani samego Leopolda Lafontaine, ani jego przyjaciół. Kiedy okazało się, iż brakuje pomocy naukowych, a przede wszystkim książek, udostępnił studiumjącym własny bogaty księgozbiór, później zaś poczynił odpowiednie zapisy testamentalne odnośnie posiadanego przez siebie zbioru pomocy dydaktycznych (czyli, rzecz można, obecna biblioteka rezydująca w pięknej nowej siedzibie może się poszczycić nie byle jakim założycielem). Przestrzegał również zasady, aby za swoje wykłady nie pobierać honorariów. Niestrudzony piewca historii Warszawy owego czasu, Kazimierz Władysław Wójcicki wspomina, iż niejeden raz ugościł studentów sutym obiadem, a szczególnie śniadaniem, gdyż, jak zanotował inny kronikarz początków XIX wieku Antoni Magier, zalecał spożywanie obfitych śniadań zamiast picia porannej kawy, widząc w nim najważniejszy posiłek dnia – wprost trudno się tu oprzeć chęci napisania, iż była to zupełnie współcześnie brzmiąca i mądra porada. Uczniowie bywali u niego częstymi go-



Fot. 1. „Dom nad bramą” przy ul. Jezuickiej. Pierwsza siedziba, w której Lafontaine prowadził wykłady



Fot. 2. Budynek przy ulicy Jezuickiej, wynajęty przez Stanisława Staszica, w którym wykładał Lafontaine



Fot. 3. „Koszary sapieżyńskie”. Lafontaine wykładał w północnym skrzydle gmachu

śmi czy to na Podwalu (Fot. 4), gdzie początkowo mieszkał, czy później w domu nieopodal Placu Krasińskich.

Studenci musieli bardzo lubić i szanować swojego profesora. Dowodem na to jest opublikowany w marcu 1809 roku, a więc jeszcze przed faktycznym powołaniem do istnienia Szkoły Medycznej, na łamach gazet warszawskich piękny list z podziękowaniami za trud włożony w funkcjonowanie szkoły (Fot. 5).

Jednak, przez cały czas istnienia Księstwa Warszawskiego bardzo krótkie były „...trąb wojennych przerwy...”. Wczesną wiosną 1809 roku na teren tego maleńkiego państewka wkroczyła armia austriacka. 19.IV.1809 roku pod Raszynem, a więc prawie u bram stolicy, rozegrała się jedna z największych batalii stoczonych w początkach XIX wieku na terenie Polski.

Protochirurg Leopold Lafontaine, na równi ze swoimi kolegami i uczniami, pracował w ambulansach praktycznie na polu bitwy, a później opiekował się rannymi w szpitalach. Zadbał również o ewakuację części rannych bezpiecznym i co najważniejsze mniej męczącym niż konne zaprzęgi transportem – barkami po Wiśle – do Płocka oraz do Torunia. Przypuszczalnie to z jego namowy w akcie kapitulacji Warszawy Książę Józef Poniatowski zamieścił klauzule



Fot. 4. Dom Leopolda Lafontaine na Podwalu

o nietykalności lazaretów wojskowych jak również o tym, iż ranni i chorzy polscy żołnierze nie będą po powrocie do zdrowia i sił traktowani przez Austriaków jako jeńcy wojenni, natomiast „...po wyzdrowieniu dane im będą paszporta i sposobność wyjazdu dla złączenia się z ich korpusami (zachowana pisownia oryginału – M.T.).

Kiedy armia polska wkroczyła na teren Galicji Leopold Lafontaine udał się w lipcu 1809 roku do Lublina i tam przez dłuższy czas kierował lazaretem wojskowym.

Za swoje zasługi został odznaczony „...krzyżem wojskowym...”, czyli Virtuti Militari. Fakt ten zasługuje na szczególne

podkreślenie. Medycy wojskowi owego czasu, choć nosili mundury, nie byli żołnierzami. Byli „...urzędnikami zdrowia...” bardzo różnie traktowanymi przez wyższych oficerów i generalicję. A jednak – w chwilach zagrożenia – w czym oczywiście niebagatelna zasługa samego Księcia Józefa Poniatowskiego, umiano ich docenić oraz właściwie nagrodzić za trud.

Gdy nastał upragniony spokój, Leopold Lafontaine powrócił do swoich studentów i dalej prowadził wykłady, tym razem w Szpitalu Ujazdowskim. O jego zaangażowaniu dydaktycznym świadczy zachowany plan zajęć z 1811 roku z adnotacją, które przedmioty wykładał. Ze wszyst-

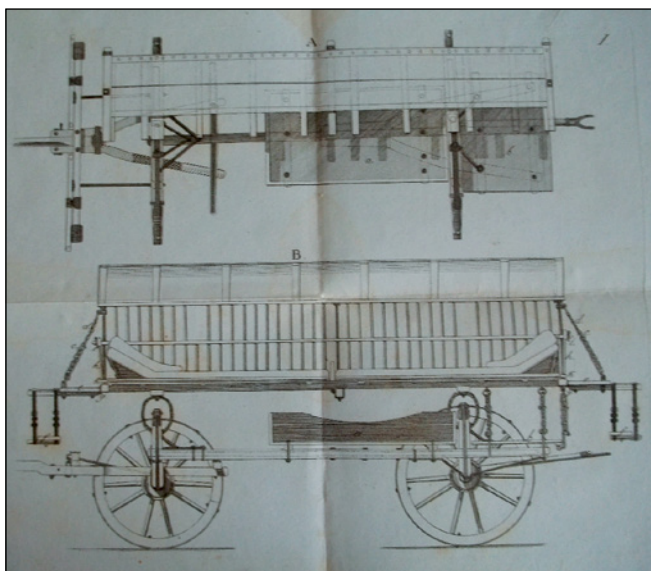
kich sił forsował również koncepcję podniesienia, a następnie ujednolicenia kwalifikacji medyków wojskowych. Zagadnienie to stanowiło zresztą jeden z punktów niekończących się sporów z administracją, które prawie doprowadziły do jego dymisji na przełomie 1810/11 roku, nie przyjętej jednak przez Księcia Józefa Poniatowskiego.

Warto w tym miejscu przytoczyć ustalone przez niego kryteria kwalifikacyjne, które można uznać za prototyp egzaminu specjalizacyjnego.

Uczniowie szkoły Chirurgicznej wojskowej w Warszawie, existing, mają za czułą powinność złożyć publicznie W.W. Michałowi Bergonzonemu Proto Medykowi i Leopoldowi Lafontaine Proto Chirurgowi wojsk. Polskich nie tylko za gorliwość ich w założeniu szkoły i utrzymanie nauk w teyże, ale i w zachęceniu najwyższym uczniów do pracy, a mianowicie za ułupienie z swoich własnych bibliotek znacznej liczby książek tyczących się wszystkich części lekarskich tey nauki, tak w Polskim iako i innych obcych językach pisanych. Za co my niżej podpisani tey szkoły Profesorowie imieniem uczniów naszych zachowując dla nich najgłębszy szacunek, przed publicznością oświadczamy wdzięczność.

Mrozowski M. D. urzędnik zdrowia klasy i członek Rady głównej zdrowia
Przybyłski urzędnik zdrow: klasy i członek Rady głównej zdrowia.
Lucy M. D. naczelny urzędnik zdrowia
Leg: i P. R. Z, Leg.

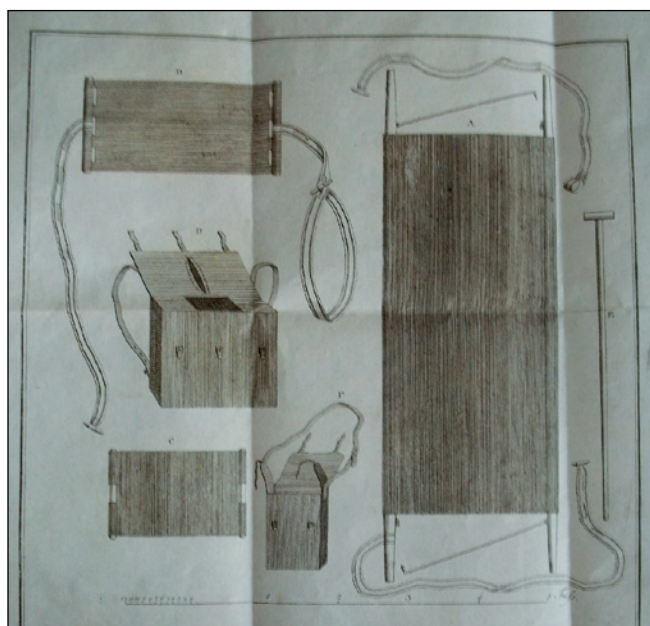
Fot. 5. List studentów z podziękowaniami dla Leopolda Lafontaine opublikowany w 1809 roku



Fot. 6. Projekt wozu ambulansowego sporządzony wiosną 1810 roku

Otóż dnia 21.I.1812 roku w specjalnym liście do Generała Józefa Wielhorskiego napisał „...każdy, chcący otrzymać miejsce urzędnika zdrowia 2-klassy musi poprzednio kursa odbyć, cztery działania chirurgiczne okazać i oprócz tego czterech chorych pod moim dozorem opatrywać, a nakoniec egzamen tak w względzie lekarskim jak chirurgicznym publicznie złożyć...” (zachowana pisownia oryginału – M.T.). Oj nie w smak musiały być takie wymagania panu generałowi, ponieważ w raporcie przesłanym na ręce Księcia Józefa Poniatowskiego 7.VI.1812 roku (czyli tuż po opuszczeniu Warszawy przez służby medyczne, gdyż, jak wspomina Karol Eichler, w owym miesiącu odbyło się dla nich specjalne przeszkolenie „...na polach pod Wolą...”, a należy przypuszczać, iż pomysł owych manewrów zrodził się również w głowie Leopolda Lafontaine) napisał dość zgryźliwie „...kłótni nawet żadnej nie masz bo LaFontaine oddalony...”.

Przez całe swoje życie Leopold Lafontaine był jednak *par excellence* naukowcem. Być może jego osiągnięcia przyćmiła trochę opinia, jaką wyrażał o kołtunie, gdyż stał na stanowisku, iż jest to samodzielną jednostką chorobową. Należy jednak podkreślić z naciskiem, iż nie był w tych opiniach odosobniony i wyrażał ducha swoich czasów, gdyż twierdzenia analogiczne można spotkać jeszcze w 1870. Czynny nurt życia naukowego był dla niego istotny również w Księstwie Warszawskim. Pomimo nawału obowiązków, nie zaprzestał swojej intensywnej działalności w Warszawskim Królewskim Towarzystwie Przyjaciół Nauk,



Fot. 7. Projekty noszy i toreb na opatrunki wykonane w 1806 roku

mało – rozszerzył ją jeszcze o nowe zagadnienia. Były one związane ze specyfiką wojskowej służby zdrowia oraz szeroko rozumianymi problemami kondycji i higieny żołnierza. Na forum tym wygłosił 30.IV.1810 roku dłuższą rozprawę „O zdolności fizycznej polskiego żołnierza do stanu wojskowego”. Trudno owo wystąpienie uznać do końca za panegiryk, gdyż równolegle Leopold Lafontaine pracował nad nadaniem ostatecznego kształtu tekstowi pierwszego rozporządzenia w pełni sankcjonującego funkcjonowanie szpitali wojskowych, jak również wraz z Michałem Bergonzonim przysposabiał do warunków polskich francuską farmakopeę wojskową. W tym ostatnim dziele zwrócił uwagę na pozyskiwanie rodzimych surowców leczniczych zaznaczając w tabelach „...opisanie mateyałów, które mają być skupowane na miejscu gdzie są Szpitale; lub mają być na miejscu zbierane...” (zachowana pisownia oryginału – M.T.).

Szczególnie bliska mu była idea szybkiej i sprawnej ewakuacji rannych oraz udzielania pierwszej pomocy jeszcze na polu bitwy. Już w 1806 roku zetknął się z ambulansami francuskimi, więc nie można wykluczyć, iż i o tym – a raczej o ich małej przydatności w trudnym terenie – rozmawiał w Warszawie z Janem Dominikiem Larrey utyskującym na polskie drogi i osławione błoto. Za jego namową wczesną wiosną 1810 roku Kalinowski przedłożył projekt wozu ambulansowego, (Fot. 6), który po próbach terenowych miał stanowić wyposażenie armii. Wchodził on w skład „...szpitala biegającego...”, organizacji, którego poświęcony był cały rozdział 7 „Urządzenia Szpitalów...” noszący tytuł „O szpitalu ruchomym i jego podziałach”. Był to kompletnie – i jak na owe czasy bardzo nowatorsko – wyposażony szpital polowy z oddzielnym furgonem do transportu zaopatrzenia, namiotem, noszami, a nawet torbami na opatrunki (co odpowiadało odpowiednim paragrafom z „Przepisu Lekarstw...”), które również wykonano na polecenie Leopolda Lafontaine według projektu Kalinowskiego (Fot. 7).

W lutym 1812 roku, a konkretnie 19 lutego, czyli praktycznie przeddzień kampanii moskiewskiej, Leopold Lafontaine przedłożył kolejny swój pomysł – do tego czasu rzecz nie spotykana – a mianowicie opatrunek indywidualny dla żołnierzy. Pakiet taki składał się z bandaża długości ok. 2,7 metra i ok. 14-20 cm. szerokości, dużej garści szarpi oraz kawałka hubki nasączonej azotanem srebra lub azotanem miedzi. Wszystko razem było zawinięte w lnianą serwetkę, zaś pułkowi urzędnicy zdrowia (chirurdzy) mieli obo-

wiązek pouczać żołnierzy, jak udzielić pomocy rannemu towarzyszowi, a nawet i sobie samemu. Zasługi jakie położył na polu pracy sanitarnej przyniosły mu Legię Honorową oraz tytuł honorowego członka Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Nie był człowiekiem młodym – miał 56 lat – kiedy wraz ze swoimi podkomendnymi ruszył z Wielką Armią na Moskwę. Pracował w strasznych warunkach płonącego Smoleńska, gdzie, jak pisze jeden z pamiętnikarzy, chirurdzy opatrywali rannych pod gołym niebem, w ambulansie pod Borodino, o czym wspomina Józef Jaszowski: „...wracając spotkałem spore grono eskulapów z Lafontainem na czele, ciężko pracujących, w koszulach tylko, bez mundurów, z rękami obnażonymi aż po łokcie sondujących głębokości ran kulkami ręcznej broni zadanych, amputujących ręce i nogi, bandażujących...” czy wreszcie pod Woronowem...

...i tutaj pewne informacje o jego losach kończą się. Reszta pozostaje w sferze domysłów. Nie wiadomo w jakich okolicznościach zmarł. Prasa warszawska wzmiankowała o jego zgonie dopiero w kwietniu 1813 roku, pisząc „...doniesiono nam z Mohilewa...”. Podobnie za pamiętnikiem Franciszka Gawrońskiego – co jest o tyle dziwne, iż w samym tekście nie ma na ten temat ani słowa – nazwę miejscowości podaje Aleksander Krasuski. W pamiętnikach Franciszka Gawrońskiego znaleźć za to można interesujący zapis pozwalający przypuszczać, iż Leopold Lafontaine, pomimo wieku i rangi, cały czas pracował w korpusie Księcia Józefa Poniatowskiego jak zwykły chirurg batalionowy. Mało, nie chciał rozłączać się z żołnierzami i, co zanotował nasz pamiętnikarz w obozie pod Woronowem, tak powiedział „...ja stary, nie będę eksponował życie swoje, wolę w obozie pozostać...”.

A może to był Możajsk – nieodległy od pola bitwy pod Borodino, przez które z okolic Kaługi przechodziły w końcu października oddziały polskie. Kazimierz Władysław Wójcicki wspomina w swoich notatkach list napisany przez Leopolda Lafontaine do żony, jaki dostarczył do kraju jeden z polskich oficerów. Kończą go bardzo znamienne słowa „...brak mi tu będzie czarnej kawy i warszawskich bułek...”. Choć słynął z pogodnego usposobienia, to nie jest bynajmniej żartobliwy ton. Świadomie podjął decyzję, by do końca zostać z najsłabszymi. Z chorymi... z rannymi...

...i podzielił los tylu set tysięcy bezimiennych żołnierzy, którzy tam w rosyjskiej ziemi zostali na zawsze.

Przypisy

- ¹ Leopold Lafontaine używał najczęściej drugiego imienia i pod nim był powszechnie znany. J. Kulikowski – Pierwsza publiczna polemika w Polsce między internistą a chirurgiem w: „Polski Przegląd Chirurgiczny” 1996, t.68 Nr. 3
- ² A. Krasuski – Leopold Lafontaine. Lekarz, działacz społeczny, protochirurg armii Księstwa Warszawskiego w: „Prace Komisji Historii Medycyny i Nauk Mat.-Przyrodniczych” 1949 T. II
- ³ O dobrej znajomości języka polskiego przez Leopolda Lafontaine’a – F. Chłapowski – Początki czasopiśmiennictwa lekarskiego w Polsce w: „Nowiny Lekarskie” 1901 Nr. 13
- ⁴ K. W. Wójcicki – Pamiętniki dziecka Warszawy i inne wspomnienia warszawskie PIW Warszawa 1974
- ⁵ P. Skarga – Kazania i pisma co najprzedszy Reprint Ciechanów GRYF 1992
- ⁶ „Dziennik Zdrowia dla wszystkich Stanów” Warszawa 1801/1802
- ⁷ Tu warto wymienić: Kościński – Słownik lekarzów polskich, Fr. Giedroyc – Służba zdrowia w dawnym wojsku polskim Warszawa 1927, encyklopedie z XIX – tu przed wszystkim Orgelbranda – oraz z przełomu XIX i XX wieku jak „Wielka Encyklopedia Powszechna Ilustrowana” S. Sikorski Warszawa 1905
- ⁸ Op. cit. pkt. 1
- ⁹ „Roczniki Towarzystwa Królewskiego Warszawskiego Przyjaciół Nauk” Tom X w Warszawie 1817 w drukarni Xsieny Piłarów
- ¹⁰ Op. cit. pkt.2
- ¹¹ „Nowa Encyklopedia PWN” Warszawa 1996
- ¹² „Wielka Encyklopedia Powszechna PWN” Warszawa 2003
- ¹³ „Polski Słownik Biograficzny” Wrocław 1971
- ¹⁴ red. W. Noszczyk – Zarys dziejów chirurgii polskiej Warszawa PWN 1989
- ¹⁵ Zarys dziejów wojskowej służby zdrowia MON Warszawa 1974
- ¹⁶ Ibid
- ¹⁷ S. Wojtkowiak – Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w wojsku polskim MON Warszawa 1973
- ¹⁸ Pierwszy to: Op. cit. pkt 1 zaś drugi – J. Kulikowski – „Chirurgus – Medicus. Choroba dziwna pogrzeb wstrzymać” w: „Dodatek Historyczny Polityka” Nr. 4 27.I. 2007
- ¹⁹ http://pl.wikipedia.org/wiki/Franciszek_Leopold_Lafontaine
- ²⁰ Tu za: M. Siuchński – Ilustrowana Kronika Polaków „Książka i Wiedza” Warszawa 1967
- ²¹ R. Bielecki – Encyklopedia wojen napoleońskich „TRIO” 2004
- ²² A. Kraushar – Towarzystwo Warszawskie Przyjaciół Nauk Kraków 1900
- ²³ Fr. Giedroyc – Służba zdrowia w dawnym wojsku polskim Warszawa 1927
- ²⁴ Ibid
- ²⁵ A. Zahorski – Warszawa w Powstaniu Kościuszkowskim „Wiedza Powszechna” 1985
- ²⁶ AGAD Arch. Kom. Rządzącej IV.t.52 k.38/39
- ²⁷ Drugim kandydatem był Piotr Maignain i on odwołując się do swoich zasług w czasie Insurekcji Kościuszkowskiej domagał się tego stanowiska dla siebie. Spór załagodziło dopiero wystąpienie Stanisława Małachowskiego. Ibid
- ²⁸ AGAD Arch. Gł. Księstwo Warszawskie 338
- ²⁹ Op. cit. pkt. 23
- ³⁰ Op. cit. pkt. 2
- ³¹ J. D. Larrey – Memoires „Tallandier” Paris 2004
- ³² Op. cit. pkt.7
- ³³ Ibid
- ³⁴ „Gazeta Warszawska” Nr. 49 z dn. 18. VI. 1808 r.
- ³⁵ Akta Rady Stanu Księstwa Warszawskiego Sekc. V Nr. 13 – 15 vol.293
- ³⁶ Op. cit. pkt. 2
- ³⁷ Ibid
- ³⁸ A. Magier – Estetyka miasta stołecznego Warszawy „Ossolineum” Wrocław 1963
- ³⁹ „Gazeta Korrespondenta Warszawskiego i Zagranicznego” Nr. 24 25. III. 1809
- ⁴⁰ C. Godebski – Wiersz do Legiów polskich Warszawa 1805
- ⁴¹ G. Zych – Raszyn 1809 MON Warszawa 1969
- ⁴² W. Fiszerowa – Dzieje moje własne i osób postronnych: wiązanka spraw ważnych ciekawych i błahych „Świat Książki” 1998
- ⁴³ Konwencja w: „Gazeta Korrespondenta Kraiowego i Zagranicznego” Nr. 32 22.IV 1809
- ⁴⁴ Op. cit. pkt.2
- ⁴⁵ Lekarze i chirurdzy wojskowi podzieleni byli na trzy, zaś farmaceuci na dwie klasy. B. Gembarzewski – Wojsko polskie 1807 – 1814 „Kurs” Poznań – reprint
- ⁴⁶ Op. cit. pkt. 23
- ⁴⁷ Op. cit. pkt. 2
- ⁴⁸ Op. cit. pkt. 23
- ⁴⁹ Z. Lech – Karol Eichler „Bieg życia mój” Nieznany pamiętnik farmaceuty Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego” w: „Archiwum Historii Medycyny” 1978, T. XLI Nr. 1
- ⁵⁰ Ibid
- ⁵¹ J. Willaume – Służba zdrowia Armji Księstwa Warszawskiego w przededniu kampanji 1812 r. Warszawa „Drukarnia Wzorowa” 1926
- ⁵² Op. cit. pkt. 2
- ⁵³ Tekst oryginału nie zachował się i istnieje tylko sprawozdanie. AGAD Akta Towarzystwa Król. Przyjaciół Nauk T. 28, k. 34
- ⁵⁴ „Urządzenie Szpitalów dla Wojsk Xsieny Warszawskiego” w drukarni „Gazety Warszawskiej” Warszawa 1809
- ⁵⁵ M. Bergonzoni, L. Lafontaine, B. Guidet – Przepisy lekarstw dla szpitalów wojska polskiego w Warszawie 1810
- ⁵⁶ Ibid
- ⁵⁷ AGAD Królewskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk w Warszawie Oddz. III/17 Nr. 65
- ⁵⁸ Op. cit. pkt. 54
- ⁵⁹ Ibid
- ⁶⁰ Op. cit. pkt. 55
- ⁶¹ Op. cit. pkt. 57
- ⁶² AGAD Arch. Gł. Księstwo Warszawskie Nr. 1489
- ⁶³ L. Zembrzusi – Złota Księga korpusu sanitarnego polskiego Warszawa
- ⁶⁴ J. Bieliński – Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej Warszawa 1889
- ⁶⁵ Pamiętnik r. 1830/31 i księga pamiątkowa (1787 – 1831) Pułkownika Franciszka Salezego Gawrońskiego wydał Jan Czubek Kraków 1916
- ⁶⁶ J. Jaszowski – Pamiętniki dowódcy raketników konnych IW PAX Warszawa 1968 s. 67
- ⁶⁷ „Gazeta Korrespondenta Kraiowego i Zagranicznego”
- ⁶⁸ Op. cit. pkt.65
- ⁶⁹ Ibid
- ⁷⁰ Op. cit. pkt. 2
- ⁷¹ Op. cit. pkt. 65
- ⁷² Op. cit. pkt. 2
- ⁷³ Ibid
- ⁷⁴ A. Zamoyski – Wojna 1812 „ZNAK” Kraków 2007

Fotografie:

1, 2, 3, 4 – pochodzą ze zbiorów prywatnych autora
 5 – ze zbiorów Biblioteki Uniwersytetu Warszawskiego
 6, 7 – ryciny pochodzą ze zbiorów prywatnych autora
 Portret Lafontaine’a – L. Zembrzusi – Złota księga korpusu sanitarnego. Ze zbiorów Muzeum Wojska Polskiego w Warszawie

Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane konieczne i opłacalne

Aneta Mela

Studenckie Koło Naukowe Zdrowia Publicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla, iż stan zdrowia jest istotnym warunkiem rozwoju kapitału społecznego. „W tym ujęciu zły stan zdrowia członków społeczeństwa jest przeszkodą w rozwoju ekonomicznym.” Czynnikiem, który bez wątpienia prowadzi do wzrostu produktywności i aktywności zawodowej jest inwestycja w zdrowie obywateli – zarówno w medycynę naprawczą, usługi medyczne jak i wyrównywanie nierówności związanych ze zdrowiem [11].

Stwardnienie rozsiane jest obecnie zaliczane do jednej z najpoważniejszych neurologicznych chorób ośrodkowego układu nerwowego (OUN), która polega na uszkodzeniu osłonki mielinowej, otaczającej włókna nerwowe [1],[7].

Szacuje się, że w Polsce żyje około 60 tys. osób chorych. Szczyt ilości zachorowań przypada pomiędzy 20 a 40 rokiem życia, przy czym dwa razy częściej chorują kobiety [4]. Zatem z reguły choroba atakuje osoby młode, najczęściej w pełni aktywne zawodowo. Ze względu na przewlekły charakter, SM jest jedną z głównych przyczyn długotrwałej niezdolności do pracy i otrzymywania przez pacjentów rent chorobowych. Najwięcej osób przechodzi na rentę będąc w niskim stopniu niepełnosprawności (3-4 w skali EDSS), z jeszcze względnie wysoką wydolnością ruchową (ryc. 1).

Z danych Międzynarodowej Federacji Stwardnienia Rozsianego wynika, iż jedna trzecia kosztów związanych z SM, które oszacowano w ciągu całego życia chorego na 3,5 miliona złotych, są związane z utratą pracy.

W badaniach, które zostały przeprowadzone w Wielkiej Brytanii (1999), Szwecji (1998), Niemczech (1999) i Australii (2000), wyliczono straty chorych związane ze stwardnieniem rozsianym. Wynika z nich, iż im cięższy przebieg choroby tym wyższe koszty pośrednie, związane z utratą produktywności (wykres 2). Pacjenci stają się przez to dużym obciążeniem finansowym nie tylko dla rodziny, ale i dla całego społeczeństwa.

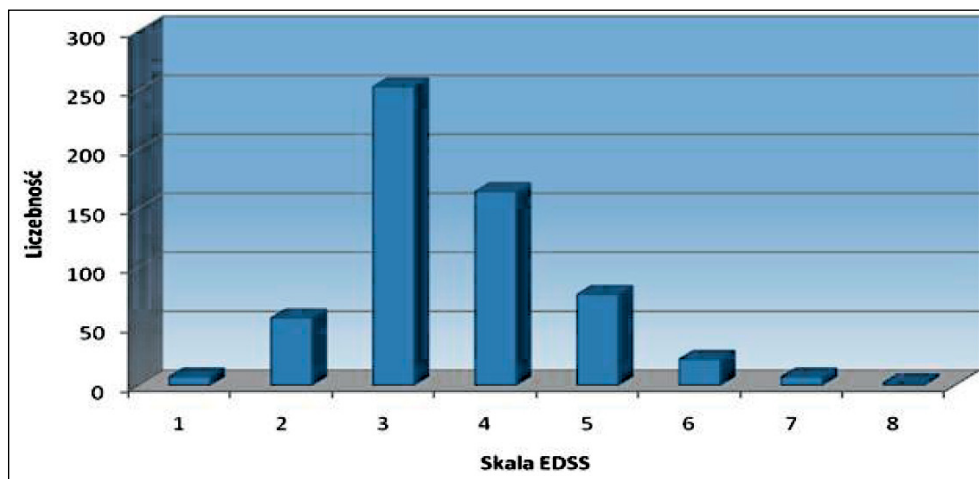
W Polsce ocenę kosztów leczenia stwardnienia rozsianego, przeprowadzono na grupie chorych rekrutowanych z trzech ośrodków: Klinice Neurologii w Białymstoku, Przychodni Neurologicznej w Gdańsku i II Klinice Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Badana populacja była zróżnicowana pod względem stopnia zaawansowania choroby – w jej skład wchodziła chorzy będący na każdym z trzech etapów: I etap (EDSS<3,5), etap II (EDSS 4,0-6,0) i etap III (EDSS>6,5), co zwiększyło wiarygodność przeprowadzonego badania. Wykazano, iż niezależnie od skali zaawansowania choroby koszty pośrednie znacznie przewyższają koszty bezpośrednie (tabela 1). Natomiast zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie wzrastają wraz z progresją choroby. Za wysokość kosztów pośrednich odpowiada przede wszystkim utrata produktywności pacjenta.

W związku z szybko rosnącą ilością chorych na SM w Polsce z ekonomicznego i społecznego punktu widzenia bardzo istotne staje się podejście państwa do zarządzania odpowiednim leczeniem, do którego pacjenci mają trudny oraz nierówny dostęp. Jako, że podstawowy lek na stwardnienie rozsiane jest drogi, w praktyce możliwe są tylko dwa skrajne podejścia do tego zagadnienia: finansowanie przez państwo leczenia lub nie finansowanie.

Polska jest na ostatnim miejscu wśród krajów Unii Europejskiej, w którym znacznie mniejsza niż w innych liczba chorych ma dostęp do kompleksowego leczenia stwardnienia rozsianego. W 2004 roku zaledwie 1 procent pacjentów miało zapewnioną możliwość refundowanej terapii, podczas gdy w Austrii czy Kanadzie przeszło 30 procent, a w USA nawet 47 (wykres 3).

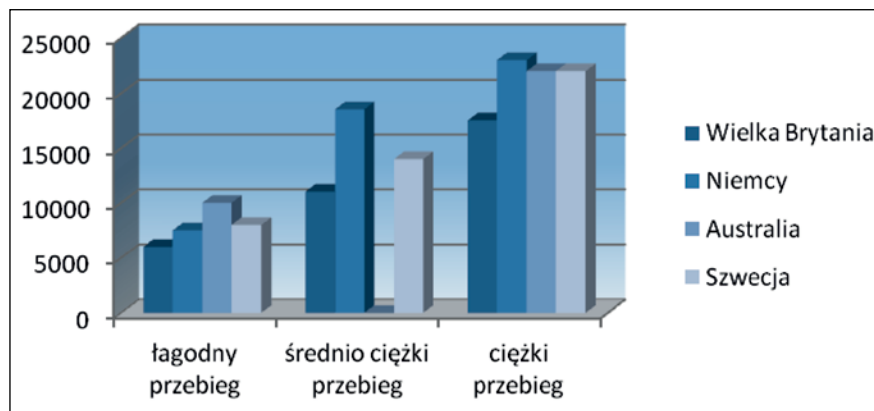
Należy także podkreślić fakt, iż w krajach bogatszych takich jak Wielka Brytania (36 119 \$ PKB per capita, gdzie w Polsce 21 875 \$ PKB per capita) dostępność do kompleksowej opieki medycznej jest większa, a co za tym idzie pacjenci cierpiący na SM cieszą się lepszym zdrowiem oraz dobrą jakością życia [12],[13].

Wykres 1. Liczba chorych przechodzących na rentę w poszczególnych stopniach niewydolności ruchowej w skali EDSS wg Kurtzke'go



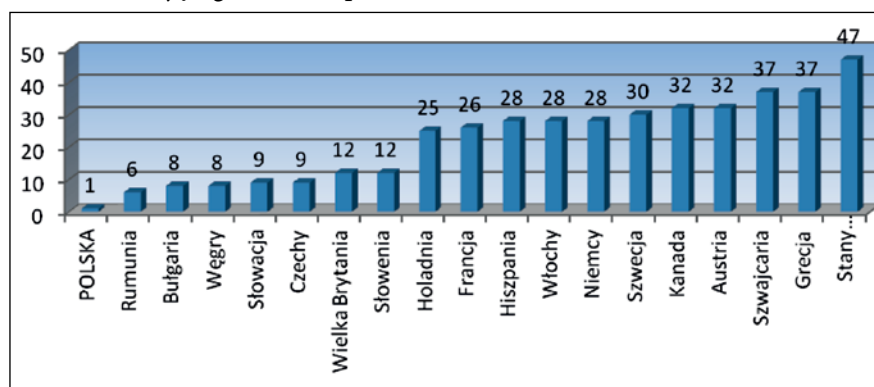
Źródło: Stwardnienie rozsiane w regionie szczecińskim, epidemiologia (1960-1995). Nowe możliwości prognozowania. Zagadnienia społeczne. Szczecin 2001, str. 21

Wykres 2. Koszty pośrednie SM (w USD) w zależności od przebiegu choroby



Źródło: Mcmillan L.: International Comparison of the Financial Impact of Multiple Sclerosis on Families; w Niepełnosprawność i zdrowie nr 4/2003

Wykres 3. Odsetek chorych mających dostęp do refundowanego leczenia immunomodulującego (dane w proc.)



Źródło: Menedżer zdrowia 2005 „Narodowa Znieczulica” str. 43

Badania pokazują, iż chorzy na stwardnienie rozsiane, którzy mają dostęp do kompleksowego, drogiego leczenia, otrzymują od państwa znacznie więcej niż pacjenci nieleczeni. Warto jednak zauważyć, iż dzięki temu, osoby cierpiące na SM,

które korzystają z leczenia farmakologicznego i rehabilitacji, uczestniczą w procesie produkcji społecznej w postaci dochodu brutto. Pacjenci, którzy nie otrzymują refundowanego leczenia, spowalniając postęp choroby, nie mają możliwości pracować i nic dla państwa i społeczeństwa nie wytwarzają, otrzymując tylko rentę (tabela 2) [6].

Analizując powyższe zestawienie, należy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Pacjentka 1 otrzymuje kompleksowe leczenie (43 918 zł), ale w zamian za to uczestniczy w procesie produkcji społecznej (108 000 zł), dzięki czemu państwo i społeczeństwo w ogólnym rozrachunku zyskuje:
 $108\,000\text{ zł} - 43\,918\text{ zł} = 64\,082\text{ zł}$.
2. Pacjentka 2 otrzymuje od państwa leki dodatkowe, nie bezpośrednio związane z leczeniem stwardnienia rozsianego oraz rentę chorobową i pomoc społeczną co daje sumę 19 719 zł. Nie produkuje dla państwa i społeczeństwa (0 zł). Zatem ogólny zysk społeczny z pacjentki 2:

$0\text{ zł} - 19\,719\text{ zł} = -19\,719\text{ zł}$,
 jest ujemny, czyli społeczeństwo traci na niej 19 719 zł rocznie.

Tabela 1. Koszty całkowite, bezpośrednie i pośrednie w zależności od stopnia zaawansowania choroby (PLN na pacjenta, w ciągu 5 miesięcy)

	EDSS<3.5	EDSS 4.0-6.0	EDSS > 6.5
Koszty całkowite	10 954	15 603	18 464
Koszty bezpośrednie	4069	5399	6010
Koszty pośrednie	6886	10 204	12 454

Źródło: *European Journal Of Neurology 2005: A prospective study of the financial costs of Multiple Sclerosis at different stages of the diseases*, s.35

Tematyka poruszona w artykule, jest obecnie niezwykle ważna, ze względu na trudną sytuację osób dotkniętych stwardnieniem rozsianym w Polsce i znaczny wpływ tego problemu na funkcjonowanie całego społeczeństwa. Niewielu potrzebujących pacjentów może skorzystać z nowoczesnej terapii, która w pozostałych krajach Unii Europejskiej stanowi standard postępowania terapeutycznego w przypadku chorych na SM. W Polsce budżet państwa zdecydowanie więcej pieniędzy przeznacza na utrzymywanie chorych niezdolnych do pracy i normalnego funkcyj-

Tabela 2. Porównanie obciążenia finansowego państwa i społeczeństwa przez pacjentki 1 i 2 w okresie jednego roku od 1 grudnia 2009

	Pacjentka otrzymująca leczenie	Pacjentka nie otrzymująca leczenia
Kompleksowe leczenie (interferon beta)	43 918 zł	-
- Leki dodatkowe	-	19 719 zł
- Renta chorobowa	-	
- Pomoc społeczna	-	
Dochód brutto	108 000 zł	0 zł

Źródło: Mela A. *Ekonomiczne i społeczne aspekty leczenia stwardnienia rozsianego; praca licencjacka*, Warszawa 2011.

nowania w społeczeństwie, niż na odpowiednią drogą terapię, która przywróciłaby ich do społeczeństwa w pełnym tego słowa znaczeniu.

Zatem rozpowszechnienie, szczyt zachorowania na SM w wieku produkcyjnym, wieloletni przebieg choroby, negatywny wpływ, na jakość życia chorych i ich rodzin a także brak skutecznego sposobu wyleczenia choroby powodują, że stwardnienie rozsiane stanowi obecnie ważny problem nie tylko zdrowotny, ale również ekonomiczny i społeczny.

Bibliografia

1. Benz C.: SM i Ty – Jak żyć ze stwardnieniem rozsianym, PTSR, Warszawa 2009.
2. *European Journal Of Neurology 2005: A prospective study of the financial costs of Multiple Sclerosis at different stages of the diseases.*
3. Getzen T., E.: *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.
4. Libront A.: *Stwardnienie rozsiane – zrozumieć chorobę*, Lublin 2009.
5. Mcmillan L.: *International Comparison of the Financial Impact of Multiple Sclerosis on Families*; w: *Niepełnosprawność i zdrowie*, nr 4/2003.
6. Mela A.: *Praca licencjacka; Ekonomiczne społeczne aspekty leczenia stwardnienia rozsianego*, Warszawa 2011.
7. *Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego: SM i najważniejsze fakty*, Warszawa 2008.
8. Potemkowski A.: *Stwardnienie rozsiane w regionie szczecińskim, epidemiologia (1960-1995). Nowe możliwości prognozowania. Zagadnienia społeczne*, praca habilitacyjna, Szczecin 2001.
9. Rudawska I.: *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
10. Trisolini M., Honeycutt A., Wiener J., Lesesne S.: *Global Economic Impact of Multiple Sclerosis*, maj 2010.
11. Włodarczyk C.: *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2007.
12. Włodarczyk C.: *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
13. World Bank, *World Development Report 1993. Investing in Health*, Oxford University Press 1993.