

1 2005

Gazeta
Lekarska
ISSN 0967-2146
Pismo Izby Lekarskiej



Lekarze i pielęgniarki

Skazani na siebie

Specjalizacja

ogólna czy wąska?



Zdrowie jeszcze zielone

Miniony rok 2004 przejdzie do historii jako rekordowy pod względem liczby ministrów zdrowia. Było ich czterech.

Zajęciami, którym nawet kilka razy w tygodniu oddaje się obecny minister zdrowia są konferencje prasowe. Organizuje je, by przypomnieć opinii publicznej, że resort właśnie rozpoczyna jakieś prace, że właśnie z mozołem je kontynuuje i że, dzięki ogromnemu uporowi i symbolicznemu wynagrodzeniu ekspertów, właśnie je zakończył. Z tego ostatniego powodu konferencje odbywają się najrzadziej. Zaangażowanie samego ministra jest wprost proporcjonalne do liczby kamer, mikrofonów i reflektorów, jak również zachęt jego politycznego otoczenia.

Tuż przed świętami zespół ekspertów pod kierunkiem prof. Stanisławy Golinowskiej postawił diagnozę sytuacji finansowej w ochronie zdrowia. Z raportu „Zielona księga” dowiedzieliśmy się, że służba zdrowia niedofinansowana, a dziura w zdrowotnym budżecie jest wielka i ciągle rośnie, że wydatki na leki są ogromne i pokrywają je głównie ludzie z własnej kieszeni. Zdaniem ekspertów, aby zmniejszyć sumy wydawane na leki, należy, m.in. przeprowadzić gruntowną analizę wypisywania recept przez lekarzy oraz przyjrzeć się polityce cenowej koncernów farmaceutycznych. Niemal za kulę u nogi systemu uznano lekarzy, którzy chcieliby zarabiać trzykrotność i pielęgniarki, które domagają się dwukrotności średniej krajowej. Spełnienie ich postulatów kosztowałoby system 8-11 mld zł. Z raportu wynika, że co trzecia, jeszcze niedawno co dziesiąta złotówka w systemie pochodzi z portfeli chorych. To tendencja ciągle rosnąca. W 2006 r. może wynieść nawet 40 proc.” – poinformowała prof. Golinowska. Czy będzie więcej pieniędzy? „Tylko wtedy, gdy pojawią się rozwiązania odwracające kierunek do trwałej tendencji nierównowagi w systemie” – czytamy w raporcie. Jakie rozwiązania i kto ma je wprowadzić, nie wiadomo.

Praca wieloetatowa oraz pozaetatowe formy pracy są powszechnym zjawiskiem w ochronie zdrowia. Upowszechniają się także kontrakty płacowe, różne formy outsourcingu, które całkowicie zmieniają zarobki nawet w ramach tej samej grupy medycznej. Jednocześnie coraz głębiej sfrustrowani są ci, którzy pracując na prowincji nie mają możliwości zarobkowania z wielu źródeł.

Na temat potrzeb i aspiracji środowiska lekarskiego (ustawiczne kształcenie, specjalizacje itp.) raport nie mówi ani słowem. Zamiast tego, w raporcie dość eufemistycznie czytamy o „gospodarce zasobami pracy w systemie”. Zdaniem autorów tzw. zielonej księgi „pożądane byłoby zdefiniowanie mechanizmów motywacji i ścieżek awansu zawodowego, uwzględniając sytuację polskiego medycznego rynku pracy oraz możliwości swobodnego przepływu osób w ramach Unii Europejskiej”. Przecież to jakaś nowomowa!

Raport ten, dostępny w Internecie, ma być podstawą do rozpoczęcia publicznej debaty na bardzo drażliwy społecznie temat współpłacenia za zabiegi przez pacjentów. Kłopot w tym, że wszystko to, za co ekspertom zapłacono 15 tys., wiedzieliśmy sami. Jest więc diagnoza, która niestety nie powala swoją odkrywczością, choć poraża ogólnikowością wniosków. Wzbogaciliśmy się za to o cały zbiór politycznych sloganów, który towarzyszyć nam będzie w nowym roku.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Okiem Prezesa	5
Skazani na siebie	6
Zarodki zagrożone	8-11
Sukces 2004	12
Ogólna czy wąska specjalizacja chirurgiczna?	16-17
Skandal czy kiks?	26-27
Anatomia skargi	30-31
Muzeum Historii Medycyny	34
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	38-39
Lekarski sport	40-41
Konkursy, ogłoszenia różne	42-55
Biuletyn NRL	

Wszelkiej
pomyślności
w Nowym
2005 Roku

życzy redakcja

„Gazeta Lekarska” w Internecie
www.gazetalekarska.pl

Minister do prokuratora!

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy złożył w Prokuraturze Krajowej doniesienie o działaniu na szkodę interesu publicznego i prywatnego przez ministra zdrowia Marka Balickiego. Zdaniem OZZL, Balicki przekroczył swoje uprawnienia zakazując szpitalom publicznym leczyć osoby, które chcą pokrywać koszty tego leczenia ze środków własnych.

Prawo osoby leczącej się za własne pieniądze do wyboru miejsca leczenia wynika wprost z konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i konstytucyjnego prawa własności. Minister nie może ani pozbawiać obywatela jego praw konstytucyjnych, ani ich ograniczać – czytamy w uzasadnieniu związkowego wniosku.

Nie ma przepisu, który zabraniałby szpitalom publicznym leczenia osób ubezpieczonych odpłatnie, jeżeli osoby te dobrowolnie wyrażą na to zgodę. Wręcz przeciwnie – art. 54 ust.1 ustawy o zakładach opieki publicznej stwierdza wprost, że „*Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe: 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej...*” Żadne „przepisy odrębne” nie zabraniają publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej umówić się z prywatnymi osobami na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych – argumentuje szef związku Krzysztof Bukiel. Wydając zakaz minister wykorzystał swój autorytet wysokiego urzędnika państwowego i obawę dyrektorów szpitali publicznych, że ich sprzeciw wobec decyzji ministra narazi ich na retorsję z jego strony. Tym bardziej, że minister zapowiedział karanie karą pieniężną tych dyrektorów, którzy nie zastosują się do jego polecenia.



„Pan Bukiel, znany z oryginalnych wypowiedzi, poglądów i pościągnień powiedział kolejną rzecz, która kwalifikuje się raczej do części satyrycznych, jakie są w niektórych pismach” – skomentował minister fakt złożenia na niego doniesienia przez OZZL. „Każdy minister musi wykonywać prawo. Niezależnie od tego jacy ekscentrycy w Polsce będą się wypowiadać na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, póki ja będę ministrem, będę prawo stosował” – powiedział Balicki.

Zdaniem OZZL nie ma żadnego ważnego interesu publicznego, któremu zagrażałoby leczenie pacjentów „komercyjnych” przez szpitale publiczne, które tym razem utracą możliwości poprawy swojej sytuacji materialnej i zmniejszenia zadłużenia, które – ostatecznie – jest długiem publicznym.

(ms)

Opolski znowu wiceministrem

Premier Marek Belka powołał Janusza Opolskiego na stanowisko podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Opolski zastąpi zdymisjonowanego Rafała Niżankowskiego. Będzie odpowiedzialny w resorcie zdrowia m.in. za politykę lekową i kształcenie lekarzy. Będzie nadzorował Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz prace departamentów: nauki i szkolnictwa wyższego, polityki lekowej i polityki zdrowotnej.

Janusz Opolski pełnił już funkcję podsekretarza stanu w resorcie zdrowia – od 17 marca do 4 kwietnia 2003 r. Zrezygnował po tym, gdy pełniący wówczas funkcję ministra zdrowia Marek Balicki podał się do dymisji. Wcześniej był prezesem Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych oraz Federacji Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej.

(ms)

PAN nagradza

Wydział Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk przyznał nagrody, medale i wyróżnienia naukowe za rok 2004.

Medalem im. Jędrzeja Śniadeckiego uhonorowano prof. **Andrzeja Nowaka** ze Śląskiej Akademii Medycznej za działalność na rzecz podniesienia poziomu gastroenterologii klinicznej w Polsce i krajach Europy Wschodniej i Środkowej. Indywidualne nagrody przypadły w udziale prof. **Waldemarowi Olszewskiemu** z Warszawy za cykl prac z dziedziny limfologii oraz dr. hab. **Piotrowi Widłakowi** z Centrum Onkologii w Gliwicach za cykl prac związanych z mechanizmami apoptozy.

Dwie zespołowe nagrody powędrują do Krakowa (**Jadwiga Wardas, Małgorzata Pietraszek i Krystyna Ossowska**) i do Bydgoszczy (**Ryszard Oliński, Daniel Gackowski i Rafał Różański**).

Wyróżnienia nie ominęły wybitnie zdolnych studentów. Laury Medyczne im. Wacława Mayzla otrzymali tym razem: **Maciej Bręborowicz** z Poznania, **Maciej Dobaczewski** z Łodzi oraz **Marcin Makowski, Paweł Mróz i Piotr Mrówka** z Warszawy.

Serdecznie gratulujemy!

(ms)



Głębokim żalem i szczerym smutkiem
zareagowaliśmy na wiadomość o śmierci
naszego kolegi – lekarza okulisty

kpt. JACKA KOSTECKIEGO

absolwenta

Wojskowej Akademii Medycznej
który nie bacząc na niebezpieczeństwo
wyjechał do Iraku,
by czuwać nad życiem
polskich żołnierzy.
Odszedł od nas na zawsze,
podczas pełnienia bohaterskiej służby.
Łączymy się w bólu z rodziną Zmarłego,
składając Jego bliskim
płynące z głębi serca kondolencje.

Prezes i Członkowie
Naczelnej Rady Lekarskiej

Okiem Prezesa



W gorącym tygodniu przedświątecznym, kiedy większość osób zaprzątnięta była już przygotowaniami do Świąt Bożego Narodzenia, odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej ważna konferencja poświęcona relacjom lekarzy oraz pielęgniarek i położnych pracujących razem w służbie chorego. Z licznych prezentacji zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek wynikało wyraźnie, że do historii odchodzi tradycyjny patriarchalny model stosunków międzyludzkich, w którym lekarz był jedynym odpowiedzialnym i bezdyskusyjnym jednoosobowym decydentem. Istnieje potrzeba wypracowywania nowego modelu pracy grupowej z jednoznacznie określonymi kompetencjami każdego członka zespołu i jasno opisanymi zasadami współpracy. W modelu tym rola pielęgniarki i położnej wychodzi daleko poza mechaniczne wykonywanie zleceń lekarskich.

Wydaje się, że w większości szpitali polskich współpraca układa się dobrze. Rola ordynatora oddziału czy kierownika kliniki nadal w wielu miejscach ma w sobie coś z bezdyskusyjnego autorytetu, czy wręcz guru. W takiej sytuacji nie tylko pielęgniarki, ale także młodszy lekarze bywają całkowicie podporządkowani szefowi. W takich warunkach problem usamodzielnienia się pielęgniarów praktycznie nie istnieje. W wielu szpitalach jednak pielęgniarki pełnią odpowiedzialne funkcje administracyjne, a pozycja oddziałowej niejednokrotnie przewyższa rangą wielu lekarzy. Pewnego uporządkowania wymaga kwestia podległości pielęgniarek, które nie tylko służbowo podlegają swoim szefowym, ale w praktyce wykonują polecenia fachowe wszystkich lekarzy.

Znacznie więcej problemów narosło w lecznictwie otwartym, a zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej. W tym sektorze pojawiła się walcząca o znaczną autonomię (także organizacyjno-finansową) grupa pielęgniarów i położnych środowiskowo-rodzinnych. Rodzi to nie tylko animozje personalne, ale także niekorzystne dla podopiecznych spory kompetencyjne i w zakresie odpowiedzialności. Wydaje się, że dużo złego zrobiło odrębne zbieranie tzw. list aktywnych przez lekarzy, pielęgniarów i położne. W tych regionach, gdzie mimo istnienia odrębnych kontraktów lekarskich i pielęgniarów udało się zachować zasadę wspólnych list, sytuacja jest znacznie lepsza i koordynacja działań łatwiejsza. Niestety, wydaje się, że źródłem konfliktów jest przede wszystkim ograniczość środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną i, w efekcie, często niezdrowa wręcz walka o nie. Niekiedy padają słowa o konieczności odwrótu od autonomii zawodów na rzecz powrotu do systemu zatrudniających profesjonalistów zakładów opieki zdrowotnej nowoczesnie zarządzanych przez sprawnych menedżerów.

Podstawowym przesłaniem płynącym z konferencji jest jednak wspólnota interesów, o której wielu członków tych dwóch grup zawodowych wydaje się zapominać. Kluczem do sukcesu jest oparty na prawdzie, wzajemny szacunek dla osób, ale także dla ich kompetencji zawodowych. Lekarze muszą dostrzec zmieniający się model praktyki pielęgniarstwa wykonywanej przez coraz lepiej wykształconą (często na poziomie wyższych studiów), wszechstronnie przygotowaną do rozwiązywania kompleksowych problemów pielęgniarkę/położną – partnerkę w podejmowaniu opieki nad chorym, a także w zakresie planowania tej opieki.

Pielęgniarki i położne nie powinny w lekarzu widzieć zagrożenia swojej autonomii, przyjmując jednak do wiadomości, że ogólne i specjalistyczne przygotowanie zawodowe lekarza czyni go naturalnym i oczywistym liderem zespołu terapeutycznego i koordynatorem działań wszystkich osób zaangażowanych w służbę choremu. Podkreślano także, że w zabieganiu o poszanowanie swoich spraw zawodowych nie można zapominać, że w interesie pacjenta będącego podmiotem działań profesjonalistów medycznych jest przede wszystkim sprawność działania systemu. Ta zaś wymaga poszukiwania rozwiązań pozwalających orientować dobrze koordynowane wysiłki na wykonanie niezbędnych zadań. Nie wydaje się, by lekarz musiał z czegoś rezygnować – musi raczej więcej umieć, tak by jego autorytet wynikał z rzeczywistej przewagi kompetencji, a nie tylko z tradycji.

Nominacje profesorskie

30.11.2004 r. prezydent RP Aleksander Kwaśniewski wręczył nominacje profesorskie 25 przedstawicielom nauk medycznych. Tytuł profesora otrzymali: **Jan Zbigniew Brzeziński** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Maria Chomyszyn-Gajewska** – UJ w Krakowie, **Maciej Marek Czaplicki** – AM w Warszawie, **Piotr Stanisław Fiedor** – AM w Warszawie, **Andrzej Wiktor Franek** – Śląska AM w Katowicach, **Piotr Gutowski** – Pomorska AM w Szczecinie, **Bohdan Andrzej Huszno** – UJ w Krakowie, **Kazimierz Stefan Jędrzejewski** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Maciej Józwik** – AM w Białymstoku, **Małgorzata Elżbieta Karbownik** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, **Maria Koziol-Montewka** – AM w Lublinie, **Maryna Krawczuk-Rybak** – AM w Białymstoku, **Piotr Maria Laidler** – UJ w Krakowie, **Bohdan Jarosław Maruszewski** – Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, **Teresa Barbara Matthews-Brzozowska** – AM we Wrocławiu, **Krystyna Małgorzata Michalak** – AM we Wrocławiu, **Stanisław Zenon Mnich** – AM w Białymstoku, **Krzysztof Jan Moroń** – AM we Wrocławiu, **Tomasz Wojciech Opala** – AM w Poznaniu, **Bogusław Sawicki** – AM w Białymstoku, **Krzysztof Adam Simon** – AM we Wrocławiu, **Krystyna Sztefko** – UJ w Krakowie, **Wiesław Marian Urbanowicz** – UJ w Krakowie, **Ewa Magdalena Urbańska** – AM w Lublinie, **Irena Wrońska** – AM w Lublinie.

I.R.

Skazani na siebie

O profesjonalizmie w służbie chorego debatowali w grudniu ub. roku lekarze, pielęgniarki i położne skupieni w swoich samorządach zawodowych na pierwszej wspólnej konferencji w Warszawie.

– To niewątpliwie niedostatek finansów kładzie się cieniem na naszej współpracy. Gdyby pieniędzy w systemie było więcej, pewnie byśmy rzadziej wymyślali coś nowego w organizacji, a częściej ulepszali to, co sprawdzone – zauważył gospodarz konferencji **Konstanty Radziwiłł**.

– Jesteśmy na siebie skazani. Niestety, w sprawach naszych wynagrodzeń panuje wielki rozdźwięk. To nas różni i to boli. Powinniśmy razem władzom wskazywać cele polityki zdrowotnej. O teamach mówimy już od dawna. Może właśnie teraz, w naszej wspólnej trosce o chorego, gdzie nasze czynności często się stykają i uzupełniają, pojawi się to, czego oczekujemy – mówiła **Elżbieta Buczkowska**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W świecie usług zdrowotnych coraz większą uwagę zwraca się dziś na konfigurację, łamiących stare granice, podmiotów świadczących te usługi zdrowotne. Nowa pielęgniarka, bardziej niezależna, a więc i bardziej zaangażowana w proces leczenia będzie bardziej samodzielna niż dotychczas. Budzi

to szereg kontrowersji wśród lekarzy i menedżerów, przyzwyczajonych do roli zwierzchnika pielęgniarek.

Stereotypy podziału obowiązków pomiędzy lekarza i pielęgniarkę są niezachwiane od dziesięcioleci. Przedstawiciele obu zawodów często, w drodze wyrafinowanej gry, rywalizują o pacjenta, rezerwując sobie prawo do bycia autorytetem wobec niego. Im bardziej awangardowo zachowują się pielęgniarki, tym mocniej pragną stać na gruncie konserwatywnym lekarze.

Pielęgniarkom często przypada w udziale funkcja ekspresywna, lekarzom zaś instrumentalna. Specyfiką pracy jest przede wszystkim to, że nie mając głosu decydującego w sprawach pacjenta pielęgniarka ma z nim najczęstszy kontakt – twierdzi **Andrzej Matyja**, krakowski chirurg, mający bogate doświadczenie w państwowym i prywatnym sektorze.

W różnych środowiskach pielęgniarki, pomimo coraz większej wiedzy wciąż widzą w lekarzu swoiście pojętego guru. Te bardziej stanowcze i wykształcone czują się głęboko dotknięte lekceważeniem przez lekarzy. Ci zaś nie przywykli do

sprzeciwu czują się rozgoryczeni podważaniem ich kompetencji i umiejętności.

Dziś upowszechnia się szeroko partnerski model opieki nad chorym, oparty na konstruktywnym dialogu lekarza i pielęgniarki. Już dziś w medycynie anglosaskiej pielęgniarkom powierza się stanowiska kierowników oddziałów. Pielęgniarka z przygotowaniem z zakresu zarządzania i administrowania sprawuje kontrolę nad ekonomiczno-logistycznymi zagadnieniami leczenia. Nikt pracujący w izolacji nie może przodować w żadnej dziedzinie wiedzy – dodaje Matyja.

Zdecydowanie najlepiej funkcjonującą formą POZ jest pełny kontrakt w obrębie jednej placówki, tzn. lekarz, pielęgniarka środowiskowa, położna środowiskowa, pielęgniarka higieny szkolnej – twierdzi lekarz rodzinny dr **Joanna Rośńska-Migda**. Duża samodzielność pielęgniarki środowiskowej realizuje się doskonale w partnerskim układzie z lekarzem, który w każdej chwili jest dostępny jako doradca i konsultant – dodaje.

Jeśli jednak przedstawiciel wolnego zawodu do wykonywania usług korzysta z najemnych sił fachowych – reprezentujących ten sam zawód – wówczas nie mówimy o osobie wykonującej wolny zawód, lecz o przedsiębiorcy – wyjaśnia **Tomasz Sobalski**, prezes Małopolskiego Zarządu Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Zdaniem wiceprezesa NRPiP **Zygmunta Sitko** 22 % pielęgniarskiej kadry kierowniczej oczekuje, że powinna posiadać większe możliwości w udzielaniu informacji o stanie zdrowia pacjentowi i jego rodzinie.

– My też chcemy zmian. Teraz płatnik nas konfliktuje i dzieli. Roszczeniowy pacjent nas punktuje, a media potem nie zostawiają na nas suchej nitki. Mam nadzieję, że do swobodnego apartheidu w medycynie i zawodach z nią związanych już dojść nie może – podsumowała dyskusję Elżbieta Buczkowska.

Zdaniem Konstantego Radziwiłła spory środowiskowe i różnice poglądów nie mogą przysłonić dobra pacjenta i podopiecznego, które pozostaje misją i celem obu zawodów.

Tekst i zdjęcie: Marek Stankiewicz



E. Buczkowska: Ciekawe, czy teraz lekarze ujmą się za pielęgniarkami?

Medal za tańsze leki

Złotym Krzyżem Zasługi
min. Marek Balicki udekorował
Grega Perry'ego, dyrektora
generalnego Europejskiego
Stowarzyszenia Producentów
Leków Generycznych (EGA).



Pomoc G. Perry'ego polska farmacja odczuła zwłaszcza podczas uciążliwych i trudnych negocjacji przedakcesyjnych. Jego rady przyczyniły się do uzyskania korzystnych warunków akcesji Polski do UE w obszarze farmacji.

EGA skupia 500 producentów leków w Unii Europejskiej. Zajmuje się promowaniem leków generycznych: sprawdzonych, tańszych, a przez to dostępniejszych dla pacjentów. Stara się równoważyć interesy koncernów farmaceutycznych i lokalnych producentów; nie zawsze innowacyjnych nowości ze sprawdzonymi generykami; drogich preparatów i tańszych odpowiedników. Działa zarówno w Komisji Europejskiej, jak i w Parlamencie Europejskim.

Wykorzystanie leków generycznych jest w Europie niskie, waha się od kilku procent we Francji i Włoszech do 50 proc. w Wielkiej Brytanii i Niemczech. Wiele krajów podejmuje działania zmierzające do wykorzystywania leków generycznych. Trapione problemami ekonomicznymi systemy ochrony zdrowia szukają oszczędności, zachęcają więc do korzystania z tańszych, dobrych generyków. EGA dostarcza im w tych zabiegach racjonalnych argumentów i wszelkiej innej pomocy.

(ms)

„Nigdzie na świecie pacjenci nie mają prawa żądać od lekarzy zastosowania technik klonowania”
– mówi Romuald Krajewski, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego

Zarodki zagrożone

Grażyna Ciechomska

Szalony postęp nauk medycznych, biologii molekularnej i inżynierii genetycznej staje się nadzieją dla milionów ludzi nieuleczalnie chorych. Ale ludzka ingerencja w biologiczne mechanizmy życia i rozwoju człowieka niesie nie określone jeszcze zagrożenia dla gatunku *homo sapiens*.

Komisja Etyki Lekarskiej NRL zorganizowała 25 listopada 2004 r. w Warszawie konferencję dotyczącą biotechnologii prenatalnej. „Celem naszego spotkania jest sformułowanie py-



Jerzy Umiaostowski:
Czy ludzkie komórki
rozdrodce mogą
być przedmiotem
handlu?

tań, które nie budzą wątpliwości. Powinniśmy udzielać na nie odpowiedzi powoli i bez napięcia przez wiele lat. Mamy nadzieję, że wyniki naszych dyskusji i polemik będą skutkowały rozwiązaniami legislacyjnymi. Rozmowy nie mogą zamienić się w kłótnie czy konfrontacje” – takimi słowami witał prelegentów i gości Jerzy Umiaostowski, przewodniczący Komisji Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej.

Nieśmiertelność

Człowiek od zawsze marzy o wyeliminowaniu chorób, eliksirze młodości i przedłużeniu życia w nieskończoność. Sama natura stosuje mechanizmy doskonałe. „Biologia zapewnia nieśmiertelność nie poszczególnym jednostkom, ale całej ludzkości. I to nie poprzez regenerację, ale poprzez potężny arsenał genów. Ewolucja zapewnia nieśmiertelność i stopniowo udoskonala cechy i możliwości ludzkości” – mówi prof. Tadeusz Tołłoczko.

Człowiek został wyposażony w wolną wolę, rozum i sumienie. Ale człowiek posiada też takie cechy jak: spryt, chytryść, zręczność. Pozwalają one człowiekowi na manipulowanie pojęciami i zamienianie prawdy w fałsz i odwrotnie. Dla własnej wygody i korzyści. „Prawdy niemiłe przestają być prawdami. W ich miejsce powstają złudzenia” – podkreśla profesor.

Niepokój lekarza wzbudza perspektywa rynku potrzeb biotechnologicznych. Mówi następująco: „Wszyscy będą chorować. I wszyscy będą potrzebować do-

brych, właściwych leków. Powstaje pytanie: Czy etyka kliniczna i biotechnologiczna wygra czy przegra bój z prawami rynku i ekonomii, bo decydować będzie zysk?”

Wybitny chirurg stawia generalne pytanie: „Jak pokierować tym sterowanym przez człowieka rozwojem nauki, by nie doszło do katastrofy? By nie wejść w erę nowoczesnego gatunku poczworowego?”

Jednym z niewłaściwych kierunków poszukiwań wg Tadeusza Tołłoczki są techniki klonowania. Dowodzi on, że klonowanie jest repliką takich samych osobników, a zatem wyklucza możliwość postępu i rozwoju ludzkości. „Klon jest bliźniakiem, ale powstałym w wyniku manipulacji, przechytzania, a nawet oszukania natury. Klonujemy tylko ciało. Nie umysł, charakter czy też osobowość” – podkreśla dyskutant.

Klonowanie nie zapewnia ani zmartwychwstania, ani zachowania osobowości, ani pamięci czy świadomości. Myśl, że poprzez klonowanie przedłuży się doczesną egzystencję jest błędna. „Nie zgadzam się z klonowaniem” – deklaruje stanowczo profesor Tołłoczko.

Demokracja

O kierunkach badań i postępie nie decydują tylko nauka i etyka, ale także prawo. Jednak coraz trudniej uzyskać jednolite stanowisko i kodyfikację w zakresie kontrowersyjnych niejednokrotnie metod leczniczych i procedur. Dlaczego? Wyjaśnia Konstanty Radziwiłł, prezes NRL:

„Żyjemy w takim społeczeństwie i w takim świecie, w którym nastąpił chyba ostateczny upadek autorytetów. Nigdy już nie będzie tak, jak było kiedyś. Wypowiedzi autorytetów wszyscy przyjmowaliśmy bez sprzeciwów. Prawdopodobnie pozostaniemy w jakimś tam sporze i nie prze-

konamy się nawzajem do własnych racji. Najbardziej nieszczęśliwą sytuacją jest to, że w dzisiejszych czasach nie ma innego sposobu rozwiązywania dylematów niż demokracja i głosowanie. W tym także dylematów moralnych. A to nie wydaje się szczęśliwym sposobem. Na razie nie wymyślono żadnego innego. Od autorytetów przeszliśmy do demokracji.”

Dla dzisiejszych badaczy, filozofów, etyków i społeczeństw poważnymi wyzwaniami stają się kwestie związane z etycznymi aspektami najnowocześniejszych metod leczniczych i eksperymentów medycznych.

Na forum Organizacji Narodów Zjednoczonych toczy się debata m.in. w sprawie dopuszczalności i zakazu metod medycznych związanych z klonowaniem. Są różne propozycje ustosunkowania się do tego problemu. Dyskutuje się projekt rezolucji zgłoszony przez Kostarykę zakazujący w sposób bezwzględny takich badań. Wspiera go 60 państw. Jest kontrpropozycja Belgii, która opowiada się za zakazem jedynie klonowania reprodukcyjnego. Oba rozwiązania nie uzyskały dotychczas wystarczającego poparcia.

Włosi proponują przyjęcie tylko deklaracji o kontynuowaniu dalszej dyskusji. W Wielkiej Brytanii dopuszcza się pobieranie komórek macierzystych służących badaniu procesów klonowania terapeutycznego.

„Stanowisko takie wzbudza wiele kontrowersji” – komentuje Romuald Krajewski. Ale możliwość klonowania terapeutycznego dopuszcza także American Medical Association. Natomiast senat włoski bezwzględnie opowiada się przeciwko jakimkolwiek klonowaniu.

Prawo

Pojęcie klonowania człowieka zostało przez eksperymentatorów podzie-

lone na reprodukcyjne i terapeutyczne. Pierwsza z metod w przeważającej liczbie państw jest prawnie zabroniona. W niektórych krajach zakazane są obie. Należy do nich Polska.

Także Kodeks Etyki Lekarskiej w nowo powstałym artykule 39a nie pozostawia żadnych wątpliwości: „Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych.”

Dla embrionu ludzkiego nie jest obojętne, jaki jest jego status prawny. Stosunek do klonowania zależy od przyjętych definicji. W zależności od nich można odpowiedzieć na wiele pytań. Rozwiązać szereg wątpliwości. Prof. Andrzej Zoll, rzecznik praw obywatelskich mówi, że w związku z pytaniem, czy embriion jest chroniony prawem polskim nie da się uniknąć innego pytania. W jakim momencie zaczyna się ochrona życia ludzkiego?

Prof. Zoll udziela jednoznacznej odpowiedzi: „Na gruncie obecnej konstytucji można stwierdzić, że w momencie powstania genomu ludzkiego mamy do czynienia z człowiekiem, którego życie jest przedmiotem ochrony prawnej.”

Również orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r. nie pozostawia żadnych wątpliwości. Ochrona prawna życia ludzkiego dotyczy okresu prenatalnego. I nie uzależnia tej ochrony od takich czy innych cech człowieka ani środowiska, w którym on się znajduje.

Bardzo dobitnie potwierdza ochronę prawną embrionu ludzkiego ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka z 6 stycznia 2000 r. Art. 2 p. 1 stanowi, że w rozumieniu tej ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do uzyskania pełnoletności. Są jeszcze inne akty potwierdzające tę zasadę.

W prawodawstwie polskim nie ma żadnej regulacji zezwalającej na pobieranie komórek macierzystych z embriionów powstałych w zapłodnieniu *in vitro*. Do nich również odnosi się nakaz ochrony życia ludzkiego.

Eksperyment

Ułomności fizyczne człowieka są wielką siłą napędową postępu w medycynie. Jednak naciski społeczeństw na naukowców i eksperymentatorów powinny być kontrolowane. Medycyna nie może wkraczać w obszary niepewne, a nawet zagrażające bezpieczeństwu fizycznemu człowieka.

Rozwój nauk medycznych pozwala nie tylko na wyleczenie z nieuleczal-

dokończenie na str. 10 i 11

Zarodki zagrożone

dokończenie ze str.9

nych jeszcze do niedawna chorób, ale także na usunięcie wad metabolicznych czy nawet genetycznych.

Eksperymenty prowadzone w dziedzinie medycyny rodzą poważne problemy etyczne. „Wyjątkowo dużo problemów stwarzają ginekologia i położnictwo. Dużo jest też oczekiwań pacjentek i ich rodzin” – mówi prof. Bogdan Chazan.

Podobnego zdania jest prof. Jana Skrzypczak z Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, która zauważa: „Przed lekarzem ginekologiem i położnikiem biologia molekularna i inżynieria genetyczna stawiają ogromne wyzwania. Szczególnych niepokojów dostarcza kontrowersyjna diagnostyka, także leczenie bezpłodności metodą zapłodnienia *in vitro* oraz badania prenatalne.”

„Na świecie żyje ok. 0,5 mln dzieci z programu zapłodnienia *in vitro*” – informuje prof. Skrzypczak. Prawdopodobnie w większym stopniu są one zagrożone wadami anatomicznymi i metabolicznymi. Jakie skutki dla gatunku niosą ludzie poczęci pozaustrojowo? Nauka nie potrafi w tej chwili jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie.

Od kilku dziesięcioleci człowiek-eksperymentator poszukuje ektomaszyny, która pozwoliłaby na przechowanie i

rozwój embrionu od momentu zapłodnienia do porodu. Na razie rolę takiej maszyny pełni matka zastępcza. I to na niej przeprowadza się eksperymenty.

Jeszcze poważniejsze obawy rodzi teoretyczny na razie proces klonowania ludzi. Prof. Tołłeczko podkreśla, że eksperymenty w tym zakresie prowadzone są w dużej części metodą prób i błędów. Jednym z ich efektów są ofiary życia. Człowiek decydując się na ich prowadzenie zgadza się na zanik poczucia niepowtarzalności, autonomii i godności.

Jakie są granice eksperymentu medycznego dokonanego na człowieku? Kto te granice ma prawo nakreślić? Kto jest bardziej prawy? Badacz, który eksperymentuje z zarodkowymi komórkami macierzystymi? Czy prawnik, etyk, filozof, którzy wysuwają argumenty przeciwko klonowaniu terapeutycznemu?

Co odpowiedzieć badaczowi, lekarzowi, praktykowi prof. Wiesławowi Jędrzejczakowi, który wypowiada się następująco: „Z tego, co mówi prof. Zoll, że wszystkie zarodki mają takie same prawa, wynika, że należy wziąć wszystkie nadmiarowe zarodki w Polsce, połapać kobiety i wszczepić im te zarodki. Dać wszystkim zarodkom możliwość dalszego rozwoju. Tego nikt nie zrobi!”

Prof. Jędrzejczak kontynuuje myśl: „Zarodki po rozmrożeniu zginą. Wyleje się je do zlewu. Czy to się komuś podoba czy nie. Powstaje pytanie, czy może jednak nadać sens już istniejącemu zarodkowi, może uratować życie innym ludziom już istniejącym.”

Sumienie

„Rozwój medycyny i biotechnologii sprawił, że wiele problemów będziemy mogli obecnie badać i rozwiązywać. Wiele chorób będziemy mogli leczyć. Jednak ten korzystny postęp związany jest z bardzo poważnym ryzykiem. Największe zagrożenie dotyczy godności człowieka i ochrony życia ludzkiego” – uważa prof. Bogdan Chazan.

Znakomity lekarz ginekolog mówi: „Niektórzy uważają klonowanie za przykład instrumentalizacji osoby ludzkiej. Klonowanie reprodukcyjne za tworzenie człowieka na zamówienie. Terapeutyczne natomiast za niszczenie go po to, by leczyć innego.”

Nie tylko eksperymenty i badania naukowe stwarzają problemy etyczne. Także praktyka lekarska nie jest od nich wolna. Lekarz w swojej codziennej pracy staje przed wyjątkowo trud-

nymi zagadnieniami. Niejednokrotnie musi podejmować decyzje niezgodne z własnym sumieniem.

Prof. Chazan wylicza procedury medyczne, których dotyczy klauzula sumienia. Są nimi: aborcja, antykoncepcja, sztuczne zapłodnienie, wspomagany rozwój, eutanazja, eksperymenty na płodzie, ubezpiełodnienie. I zadaje podstawowe dla swojego zawodu pytanie: „Czy lekarz ginekolog nie powinien mieć możliwości wykonywania pracy zgodnie ze swoim sumieniem i oczekiwaniami pacjentek?”

Współczesny lekarz coraz częściej ociera się o granicę życia i śmierci. W pewnych sytuacjach tylko on może podjąć decyzję dotyczącą życia. Nierzadko musi uczynić to w ciągu krótkiego czasu. Nikt wówczas mu nie pomoże. Ani ordynator, ani pacjentka, ani jej rodzina, ani prawnicy czy zawodowi etycy. A później to on będzie musiał do końca swoich dni żyć z balastem tego, co uczynił. I efektu końcowego swego działania.

Bogdan Chazan dodaje, że klauzula sumienia powinna dotyczyć nie tylko zachowań lekarza, ale także pielęgniarki, farmaceuty czy rejestratorki w przychodni. I co ważne dobrze byłoby, gdyby obejmowała również instytucje zaangażowane w opiekę medyczną, m.in. instytucje publiczne, prywatne, korporacje, spółki, przychodnie, szpitale, apteki i centra szkolenia.

We współczesnym świecie lekarz nie może być biernym wykonawcą, który stosuje dozwolone prawem metody lecznicze. Wiele z metod tych kłóci się z wartościami przez niego wyznawanymi, tradycją i obyczajem medycznym. Nieraz nawet ze zdrowym rozsądkiem.

Lekarz

Badania i eksperymenty z zakresu biotechnologii i inżynierii genetycznej wymagają wielkich nakładów finansowych. Nie wszystkie przynoszą oczekiwane efekty. Coraz częściej o obliczu współczesnej medycyny zaczynają decydować ludzie z takich dziedzin, jak: polityka, ekonomia, finanse. Zmniejsza się wpływ lekarzy, profesorów, naukowców czy etyków, filozofów i socjologów na ostateczne decyzje dotyczące kontrowersyjnych metod leczniczych, badawczych i eksperymentów.

Zmienia się miejsce i misja lekarza. Także stosunek do niego. Coraz trudniej lekarz znajduje dla siebie przestrzeń, w

foto: Marek Stankiewicz



Prof. Andrzej Zoll: Embrion ludzki obdarzony jest godnością. Nigdy nie może być użyty do tworzenia komórek macierzystych służących terapii innych ludzi.



Prof. Wiesław Jędrzejczak: Co rozstrzygnie o tym, czy dzięki klonowaniu terapeutycznemu uda się opracować metody lecznicze dla nieuleczalnie chorych? Czy będzie to nauka? Czy etyka? Czy prawo?

której może spokojnie żyć i leczyć ludzi. Naciski na jego pracę, nie tylko psychiczne czy etyczne, ale też administracyjne, prawne i finansowe wypaczają sens samej medycyny i sens pracy lekarza. Niektórzy żądają od lekarza, aby stał się cudotwórcą.

Rodzą się generalne pytania: „W imię jakiego postępu człowiek uzurpuje sobie prawa do selekcji istot ludzkich? Do selekcji genów? Do selekcji płci? Kto ma prawo rozstrzygania, które zarodki są lepsze, zdrowsze, piękniejsze lub inteligentniejsze?

Eksperymenty prowadzone przez człowieka świadomie i nieświadomie zamieniają się w działania nieracjonalne z punktu widzenia gatunku. Człowiek zaczyna tracić nie tylko godność, ale i instynkt. Zgubnym badaniom, eksperymentom i praktykom medycznym lekarze powinni się w sposób zdecydowany i nie budzący żadnych wątpliwości przeciwstawić.

Pięknie o lekarzu na rozdrożu mówi ks. prof. Tadeusz Biesaga: „Czy medyk będzie podporządkowany politykom i ekonomistom? Czy będzie pracował dla kultury technicznej? Czy zdradzi swoją profesję? Czy zarzuci dobro pacjenta?”

Jeszcze dosadniej teoretyzuje prof. Bogdan Chazan, który zastanawia się, czy lekarz ginekolog jest dzisiaj:

- stwórcą,
- selekcjonerem dzieci zdrowych i chorych, dziewczynek i chłopców itp.,

- kontrolerem jakości procesów prokreacji,
- sędzią, który decyduje o śmierci człowieka bez przewodu sądowego, obrońcy, prokuratora,
- jednoosobowym katem.

Pieniądze

W Stanach Zjednoczonych zabiegi zapłodnienia pozaustrojowego rozpowszechniają się. Następuje komercjalizacja niektórych zachowań ludzkich. „I tak wynajęcie matki zastępczej na rok kosztuje 20 tys. dolarów, a sam zabieg 10 tys. dolarów” – opowiada prof. Skrzypczak.

Praktyka lekarska posunęła się tak daleko, że mówi się już o dziecku trojga rodziców. „Np. wówczas, gdy matka jest nosicielką chorób związanych z mitochondriami zawartymi w cytoplazmie – informuje Jana Skrzypczak. - Wówczas przeszczepia się jej jądro komórki jajowej do komórki jajowej innej kobiety. I taką zapładnia się plemnikami. I dalej wprowadza się do macicy”. Efekty takich eksperymentów są nieprzewidywalne i stwarzają kolejne zagrożenia dla gatunku.

Upowszechnienie się komórkowych i genetycznych sztuczek przyniosłoby wiele problemów medycznych, ale też prawnych, społecznych, ubezpieczeniowych. Nauka zaczyna przekraczać niebezpieczne bariery. Człowiek wkraacza na ścieżkę ryzykowną. Może nawet szkodliwą dla całego gatunku.

Bezpłodne pary zrobią bardzo dużo, aby mieć potomka. Ale ich ambicje i pragnienia powinny zostać poddane ogólnemu osądowi. Naukowcy i lekarze praktycy powinni przedstawić społeczeństwu obiektywną listę zagrożeń dla zdrowia i życia gatunku. Także negatywne efekty kontrowersyjnych metod leczniczych. Np. niszczenie nadmiarowych zarodków czy usuwanie płodów w ciąży wielopłodowej.

Ludzkość musi być świadoma niebezpieczeństw wynikających z rozwoju współczesnej medycyny. Dzisiaj jakiś gorszy zarodek zostanie wylany do zlewu. Jutro zrodzony w wyniku eksperymentu potworek zlikwidowany. A i tak powstaną całe generacje z defektami fizycznymi i psychicznymi.

Pieniądze i egoizm jednostek nie mogą popychać ludzkości w kierunku degeneracji gatunku. A takie zagrożenia coraz mocniej się rysują.

Grażyna Ciechomska

Słowo „sukces” niezwykle rzadko kojarzone jest w ostatnich latach ze słowami „ochrona zdrowia”.

Nie tylko dramatyczna sytuacja nieustannie reformowanej służby zdrowia, ale i ciągła bezparadonowa pogoń za sensacją wielu żądnych krwi naszych koleżanek i kolegów po piórze sprawiają, że prestiż zawodu lekarskiego podupada. Z tym większą satysfakcją piszemy o nagrodach: **Sukces roku – liderzy medycyny w ochronie zdrowia 2004.**

Okazuje się, że organizatorzy tego konkursu i jego kapituła nie mieli kłopotu z wyłonieniem kandydatów do prestiżowych dorocznych nagród i wyróżnień. Spośród 92 ocenianych kandydatów do tytułów **menedżera i lidera zdrowia 2004** kapituła wybrała osoby i zespoły, które nie budzą niczych wątpliwości. Przeciwnie, w czasie uroczystości wręczenia nagród powszechnie zwracano uwagę na trafny wybór laureatów nagród i przyznanych im tytułów. A zostali nimi w 2004 r.:

• **prof. Marian Zembala** ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w którym dokonany za jego kadencji rozwój nowoczesnej kardiologii i transplantologii przyczynił się do postępu tych dziedzin w całym kraju. Zapytany o cele, jakie stawia sobie każdego dnia i o tajemnice sukcesu odpowiedział pięknie: *pracować, ratować, nowocześnie leczyć i dawać nadzieję*. A za podstawę dobrze działającego systemu uznał... pokorę. *Przed wszystkim*

pokora wobec chorego. Chory, jakkolwiek to zabrzmie, powinien być świętością. My powinniśmy mu służyć. W takiej sytuacji musi zniknąć arogancja, poczucie wszechwiedzy, kombinatorstwo i korupcja. Należy też zakładać, że w zespole, w którym się pracuje, jest wiele indywidualności. Trzeba dać im szansę rozwoju.

• **prof. Henryk Skarżyński**, który dzięki swej ogromnej energii i wierze w to, że *chcieć to móc*, stworzył Międzynarodowe Centrum Mowy i Słuchu w Kajetanach. Dokonał tego, w co wielu jeszcze kilka lat temu nie wierzyło. Opracował też wiele pionierskich programów i metod leczenia. Jakby na przekór powszechnym nastrojom niemożności i wątplenia w służbie zdrowia stawiał przed sobą i współpracującym z nim zespołem coraz to nowe cele i za każdym razem – co u nas dziś tak rzadkie – odnosił sukces.

• **inż. Adam Rozwadowski**, który stworzył rodzinną firmę Enel-Med. I na bazie gabinetów stomatologicznych otworzył sieć ekskluzywnych placówek medycznych, wyposażonych nowocześnie, dających m.in. możliwość diagnozowania za pośrednictwem i z pomocą Internetu. To przykład „nowego gatunku” – energicznych, przedsiębiorczych menedżerów, którzy zmieniać będą w

najbliższych latach oblicze polskiej służby zdrowia. Chyba że politycy im w tym skutecznie przeszkodzą.

Za działalność edukacyjną w ochronie zdrowia nagrodzony został **Program Wygraj z astmą**, realizowany przez zespół entuzjastów społeczników zgromadzonych wokół **Fundacji „Żyjmy zdrowo”**, którzy postawili sobie za cel wykrywanie nowych przypadków astmy u dzieci. Zwracają oni naszą uwagę na to, że astma jest chorobą cywilizacyjną, a w Polsce poważnym problemem społecznym. Dotyka bowiem swymi konsekwencjami blisko 2 mln osób.

Za działalność charytatywną nagrodzony został też **Program rozbudowy oddziału transplantacji szpiku Kliniki Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej Akademii Medycznej w Poznaniu**, finansowany przez firmę Janssen-Cilag Polska. Dzięki rozbudowie oddział ten stanie się jednym z najnowocześniejszych w Polsce, stwarzając nowe nadzieje, a przede wszystkim nowe szanse wielu chorym, którym przeszczepienie szpiku ratuje zdrowie i życie. To też dobry przykład udziału firmy farmaceutycznej w czymś tak pożytecznym, potrzebnym, jak działalność tej kliniki.

W kategorii **Lider roku 2004 – media**, w której nagradzani są dziennikarze, tytuł ten przyznano **Małgorzacie Wiśniewskiej** z Telewizyjnej Agencji Informacyjnej. Ta znana nam wszystkim dziennikarka (zwłaszcza z telewizyjnej „Panoramy”) w pełni zasłużyła sobie na tak wysoką ocenę swym profesjonalizmem, rzetelnością w przedstawianiu wielkiej widowni osiągnięć współczesnej medycyny.

W tak dobrym towarzystwie znajduje się też uhonorowany wyróżnieniem redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” **Marek Stankiewicz**, co zespół „Gazety”, a miejmy nadzieję także i Czytelnicy, przyjmują z satysfakcją.

Wszystkim laureatom gratulujemy!

Jerzy Wunderlich



fol. Intermedia

Ogólna czy wąska specjalizacja chirurgiczna?

Krzysztof Bielecki

Specjalista w wąskiej specjalizacji chirurgicznej pracuje w określonej okolicy anatomicznej ciała ludzkiego i wykonuje procedury specyficzne dla patologii danego narządu czy układu.

Chirurg ogólny jest szkolony i jest kompetentny w szerokim spektrum patologii chirurgicznej.

Historycznie wszystkie specjalności chirurgiczne wyszły ze wspólnej komórki macierzystej, jaką była chirurgia ogólna. Należy nadal widzieć ważną rolę chirurgii ogólnej, a szeroka wiedza kliniczna i profilaktyczna ogólnochirurgiczna powinna być za wszelką cenę zachowana.

Znamy wiele przykładów chorych odsyłanych od specjalisty do specjalisty, zanim trafią do kompetentnego chirurga ogólnego. Nie tak dawno na ostry dyżur trafiła 90-letnia pacjentka z Instytutu Psychoneurologicznego z tzw. ostrym brzuchem. Na podstawie badań klinicznych, TK jamy brzusznej stwierdzono twór torbielowy w miednicy małej.

Odebyła się dyskusja pomiędzy urologiem a ginekologiem, kto powinien leczyć chorą. W efekcie okazało się, że ma to być chirurg ogólny.

Po przygotowaniu i poprawie stanu chorej zespół chirurgów otworzył jamę brzuszną. Okazało się, że w miednicy małej znajdowała się duża torbiel jajnika, którą chirurdzy usunęli, bo to żadna filozofia.

Ja swoich asystentów uczę pokory wobec chorych, chorób, niedoskonałości badań diagnostycznych, wobec własnej wiedzy i doświadczenia.

Zacząłem od tego opisu celowo. Wszystkie specjalności chirurgiczne – powtarzam – wyrosły ze wspólnego korzenia, jakim jest chirurgia ogólna. Od kilkudziesięciu lat obserwuję dynamiczny wzrost węższych, wręcz narządowych specjalizacji. W samym przewodzie pokarmowym nie wystarcza już chirurg gastroenterolog, jest podział na specjalizację od górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W górnym odcinku przewodu pokarmowego są specjalizacje w postaci: chirurg przełyku, chirurg od wątroby, dróg żółciowych, trzustki, chirurg od żołądka itp.

Podobnie dzieje się w internie. Jak dobrze zbadać i ocenić chorego? Właściwie już nie ma dobrego internisty w stylu prof. Witolda Orłowskiego.

Wracając do chirurgów, należy stwierdzić, że dynamiczny rozwój medycyny wymusił konieczność pogłębionej specjalizacji.

Operacje stają się coraz bardziej skomplikowane i trudne. Po to, aby je dobrze wykonać, trzeba przejść krzywą uczenia. Wyniki zdecydowanie są lepsze w ośrodkach referencyjnych.

Pierwszy z brzegu przykład: kalectwo dróg żółciowych. Jak wynika z niektórych prac, specjalistom z zakresu chirurgii górnego odcinka przewodu pokarmowego zdarza się uszkodzenie drogi

żółciowej w 4% przypadków (z całej grupy chorych z kalectwem dróg żółciowych), specjalistom z chirurgii ogólnej w 34% przypadków, chirurgom kolorektalnym w 19% przypadków (*BJS Surg v. 91 Suppl May 2004 Annual Meeting Ass Surg GB and Ireland 2004*). Z kolei lepsze wyniki leczenia raka jelita grubego mają chirurdzy kolorektalni.

Rozumiejąc dobro wynikające z rozwoju wąskich specjalności widzę jednak cienie tej sytuacji. Superspecjaliści lokalizują się w centrach referencyjnych w dużych miastach. Dostępność do specjalistów jest coraz trudniejsza. Wielomiesięczny okres oczekiwania na konsultację.

Wymagania programu specjalizacji coraz trudniejsze. Decydujący o losach poszczególnych specjalizacji prześcigają się w wymyślaniu programów, które, zamiast ułatwić proces stawiania się specjalistami, utrudniają go.

Np. aby móc specjalizować się w chirurgii plastycznej, kandydat najpierw musi odbyć 6-letnią specjalizację w zakresie chirurgii ogólnej. I po co to? Po co przyszłemu plastykowi umiejętność wykonania resekcji odbytnicy, trzustki czy wola?

Wydaje mi się czasem, że decydom w poszczególnych specjalnościach zależy na tym, aby tych specjalistów było niewielu. Wtedy będzie rynek pracy. A kto by się tam martwił o pacjentów... Większość chorych wymagających często opieki specjalisty trafia nadal do dobrze wykształconego, mądrego, myślącego internisty lub chirurga ogólnego.

W izbie przyjęć wielu szpitali w Polsce jeżeli nie wiadomo na co pacjent choruje, a zwłaszcza taki, który ma ostre objawy, to zwykle woła się chirurga ogólnego.



Do chirurgii ogólnej wrzuca się wszystkie choroby. W klinice, którą kieruję, leżą chorzy z urazami głowy, pacjenci z chorobami tarczycy, urazami klatki piersiowej, odma z ranami drążącymi do jamy opłucnowej lub jamy brzusznej, z zapaleniem otrzewnej, perforacją przewodu pokarmowego, krwawieniem lub krwotokiem z przewodu pokarmowego, ostrym i przewlekłym zapaleniem trzustki (mimo że w większości przypadków chorzy wymagają leczenia zachowawczego), chorobami zapalnymi jelit, cały zakres koloproktologii, z chorobami żył obwodowych, powikłaniem cukrzycy lub miażdżycy – chorzy wymagający amputacji itd. Prawie cała medycyna.

Jak można sugerować, że chirurdzy ogólni, to gorsi specjaliści, bo chcą się znać na wszystkim? Ktoś musi wypełniać lukę pomiędzy rzeczą pacjentów a szczytami różnych specjalności zabiegowych. Żaden wstyd być chirurgiem zabiegowym. Żaden wstyd być chirurgiem ogólnym. Ja jestem dumny z tego, że jestem specjalistą chirurgiem ogólnym. Taką mam tabliczkę na drzwiach gabinetu, kiedy przyjmuję chorych m.in. w Centrum Medycznym-Lim w Hotelu Marriott w Warszawie.

Nagle przypadki i pacjenci z licznymi obrażeniami ciała (*trauma polients*), to chorzy z dwóch najbardziej trudnych i niosących wyzwania obszarów działania chirurgii.

Liczba chorych hospitalizowanych z powodu ostrych zachorowań wzrasta z roku na rok stanowiąc od 30 do 50% wszystkich szpitalnych przyjęć. W tej sytuacji wzrasta zapotrzebowanie na mądrych, wszechstronnie wyszkolonych chirurgów ogólnych. Tylko kom-

petentny chirurg ogólny może zapewnić pacjentowi holistyczną opiekę chirurgiczną. Jednak liczba chętnych do specjalizacji w chirurgii ogólnej stopniowo się zmniejsza.

Rozwój medycyny powoduje zmianę wielu strategii chirurgicznych. Pamiętam czasy, kiedy w krwotokach z żołądka, przedziurawionych wrzodach, a nawet w planowym leczeniu choroby wrzodowej dominowały takie metody jak resekcja żołądka typu Billroth I czy II, wagotomia pniowa, pyloroplastyka itd. Obecnie rzadko je wykonujemy mając do dyspozycji inhibitory pompy protonowej czy inhibitory receptorów H_2 .

Ale i dziś zdarzają się chorzy z dużymi, okrężnymi owrzodzeniami opuszki dwunastnicy, u których jedyną szansą ratunku jest resekcja w dawnym stylu. Czy w niedalekiej przyszłości znajdzie się chirurg, który będzie umiał tę operację bezpiecznie wykonać i zaopatrzyć kikut dwunastnicy?

Kolejnymi argumentami za utrzymaniem specjalizacji – chirurgia ogólna są: • zmiany w systemie pracy w Unii Europejskiej (13 godz. pracy i 11 godz. odpoczynku na dobę) oraz • nadal istniejąca sieć mniejszych szpitali, w których wzrastać będzie liczba hospitalizacji z powodu nagłych i pourazowych wskazań.

Jeden z artykułów opublikowanych w biuletynie *The Royal College of Surgeons of England* z 2000 r. kończy się następująco: *The generalist is dead! Long live generalist!* (Lambert A. „The case for the general surgeon” Bull of R.C.S.E. nr 9, t.86, 2004, str. 310-311).

Autor jest prof. dr. hab. n. med., kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej CMKP, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa.

Marzy ci się praca dziennikarza w „Gazecie Lekarskiej”?

Pasjonuje cię poszukiwanie prawdy? Chcesz, aby legitymacja prasowa otwierała ci drzwi do gabinetów polityków i najważniejszych ludzi w polskiej ochronie zdrowia? Lubisz i potrafisz swoimi spostrzeżeniami podzielić się z innymi? Chcesz poznać innych i zawrzeć nowe przyjaźnie? Jeśli choć na jedno z tych pytań odpowiedziałeś tak – napisz i dołącz do nas! Poszukujemy współpracowników z całej Polski.

Kandydatom oferujemy współpracę w prestiżowym miesięczniku, który otrzymują wszyscy lekarze i lekarze dentyści w Polsce. Nie ważne, czy mieszkasz w metropolii, małym mieście czy na wsi. Wszędzie dzieją się rzeczy ważne, a ludzie z twojego otoczenia są bohaterami tych wydarzeń. To jest oferta dla was i waszych dorastających dzieci. Może okaże się, że macie talent i dziennikarstwo stanie się waszą receptą na życie.

Kontakt: **Oferty CV** proszę przysyłać na adres: **naczelnny@gazetalekarska.pl**

• **Europa potrzebuje (polskich) lekarzy.** W najbliższych latach Europa Zachodnia może potrzebować 60-100 tys. nowych lekarzy (w samych Niemczech: 15-27 tys.) – mówiono podczas konferencji „Konsekwencje rozszerzenia UE dla rynków pracy i imigracji w Europie”. Ministerstwo Zdrowia nie ma pomysłu na zatrzymanie personelu medycznego w kraju, zapowiada natomiast szkolenie nowych kadr. Wykształcenie lekarza kosztuje w Polsce ok. 200 tys. zł. • **Maksymalnie 48 godzin w pracy/tydzień.** „Polska musi jak najszybciej dostosować przepisy dot. dyżurów lekarskich do norm UE” – twierdzi prezes NRL Konstanty Radziwiłł. Zgodnie z unijnymi normami nie można pracować w tygodniu więcej niż 48 h, włączając w to także godziny nadliczbowe, w tym... dyżury lekarskie. • **Podstawione pod ścianą szpitala – poddały się.** „Zdecydowana większość umów z placówkami medycznymi na 2005 r. została podpisana” – twierdzi prezes NFZ Jerzy Miller. • **Samorządy nie płacą za leczenie.** „Za świadczenia zdrowotne płaci NFZ, a nie samorządy. Samorządy zgodnie z obowiązującym prawem mogą jedynie finansować programy zdrowotne” – poinformował minister zdrowia Marek Balicki. Była to odpowiedź m.in. na plany samorządu Kruszwicy, który chciał pomóc finansowo tamtejszemu szpitalowi. • **„To nie jest tak, że ja teraz coś blokuję. Stoję tylko na straży prawa”.** – powiedział do dyrektorów dolnośląskich szpitali na spotkaniu w sprawie pobierania opłat od ubezpieczonych pacjentów minister zdrowia Marek Balicki. • **Habilitacja dzieli środowisko naukowe.** W projekcie nowego Prawa o szkolnictwie wyższym pozostawiono stopień doktora habilitowanego. Część środowiska akademickiego obawia się jednak, że zamknie to drogę młodym naukowcom. • **Profesor (maksymalnie) na dwóch etatach.** Wykładowcy zatrudnieni na wyższych uczelniach będą mogli mieć tylko jeden dodatkowy etat. Jeśli będą pracowali jeszcze w innych miejscach, zostaną zwolnieni z macierzystych uczelni – zdecydowali posłowie podczas dyskusji nad poprawkami do ustawy o szkolnictwie wyższym. • **Akademickie Centrum Medyczne Śląskiej AM szuka sponсора.** Posłowie wykreślili bowiem Centrum z listy inwestycji centralnych, finansowanych z budżetu państwa. „Żeby sensownie budować ten szpital, trzeba wydawać 150 mln zł rocznie” – dodaje minister zdrowia Marek Balicki. • **Kolejna AM połączona z uniwersyte-**

dokończenie na str. 18 i 19

dokończenie ze str. 17

tem. Bydgoska AM im. Ludwika Rydygiera przekształciła się w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera UMK, stając się w ten sposób częścią toruńskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. • **Dr Robot znad Wisły.** Polski Robin Heart jest tańszy i lepszy niż zagraniczne roboty kardiologiczne – twierdzi prof. Leszek Podsekowski z Politechniki Łódzkiej. • **Polscy lekarze i Internet.** Najbardziej znanym internetowym serwisem medycznym wśród polskich lekarzy jest portal Esculap.pl (znajomość spontaniczna: 31%). Na kolejnych miejscach znalazły się: MPOnline (29%), baza Medline (25%), Pharmanet.pl (17%), Clinika.pl (9%), Servier.pl (8%), Mediclub.pl (7%), PTKardio (2%) – wynika z badania PROMotest, przeprowadzonego przez firmę MDM-Dendrite International w październiku 2004 r. na losowo wybranej, reprezentatywnej grupie polskich lekarzy. • **„Wstrzymamy dostawy sprzętu i leków dla szpitali”.** Przedsiębiorcy są przeciwni zapisom projektu ustawy o restrukturyzacji ZOZ-ów. Protestują m.in. przeciwko możliwości przekształcania ZOZ-ów w spółki użyteczności publicznej oraz prawu do ogłoszenia przez nie upadłości. • **„Więcej pieniędzy na leczenie w przyszłym roku, to... iluzja”.** – twierdzą podlascy związkowcy ze służby zdrowia, którzy dla lepszego zilustrowania tej tezy wzbogacili swoją konferencję prasową w Białymstoku wystęпами... iluzjonistami. • **Polscy lekarze nie chcą jechać do Iraku.** „Są trudności ze znalezieniem 30 lekarzy chętnych na wyjazd do Iraku” – przyznaje wiceminister obrony narodowej Janusz Zemke. W br. Ministerstwo Obrony Narodowej utworzy w Polsce cztery szpitale pracujące na rzecz zagranicznych operacji pokojowych. • **Dopilnuj lekarza albo zapłacisz 100% ceny leku.** Pacjent powinien dopilnować, aby lekarz prawidłowo wypisał mu receptę albo... zapłaci za lek 100 proc. jego ceny – wynika z plakatu Komisji Etyki Naczelnej Rady Aptekarskiej, skierowanego do łódzkich aptek. • **Albo prywatnie albo państwowo.** Dyrektorzy, którzy jako lekarze pracowali prywatnie, muszą zlikwidować swoje praktyki lekarskie. Pozostali lekarze pracujący w państwowych szpitalach nie mogą podpisywać umów z NFZ dla swoich gabinetów prywatnych – informuje „Gazeta Pomorska”. • **Wielki nowy RUM?** Wielki RUM miał być sfinansowany za pieniądze z amerykańskiego offsetu w zamian za zakup myśliwców F-16, ale offset to nie darowizna. Za wszystko i tak na

Notatki Rzecznika Prasowego NRL

Austriacy w NIL

22.11.2004 r. przedstawiciele NRL gościli w siedzibie NIL członków Austriackiej Izby Lekarskiej, z prezesem dr. Reinerem Bretenthalerem (fot.). Było to, zdaniem prezesa NRL, bardzo owocne spotkanie dot. dalszej współpracy. Omówiono aktualną sytuację w organizacji ochrony zdrowia w Austrii i w Polsce, przyszłość wspólnej izby dla lekarzy i lekarzy dentystów, obecny stan prawny dot. czasu pracy lekarza, udział izb w kształceniu lekarzy, migrację lekarzy i lekarzy dentystów po rozszerzeniu UE oraz obowiązki ustawicznego kształcenia lekarza i lekarza dentysty i związane z tym regulacje prawne. W spotkaniu ze strony polskiego samorządu lekarskiego uczestniczyli: Konstanty Radziwiłł – prezes, Krzysztof Makuch – sekretarz, Romuald Krajewski – przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, Jan Adamus – przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej oraz Wiesław Jędrzejczak, Kazimierz Bryndał – członkowie NRL i Paweł Czekalski – sekretarz ORL w Łodzi.

Prezydium NRL na posiedzeniach w dn. 3 i 17.12.2004 r.

- przyjęło m.in. stanowiska:
 - dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o produktach biobójczych,
 - dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, podstawowych kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki,
 - dot. projektu rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie biomedycznych badań naukowych z wykorzystaniem ludzkiego materiału biologicznego,
 - dot. projektu ustawy o emeryturach pomostowych i rekompensatach, w którym stwierdza m.in., że „z projektu ustawy i jej uzasadnienia (...) nie wynika jednoznacznie czy prawo do emerytur pomostowych, ustalanych na jej podstawie, służą będzie pracownikom ochrony zdrowia wymienionym w wykazie A, dziale XII rozporządzenia Rady Ministrów z 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczegól-



nym charakterze (Dz. U. nr 6, poz. 43 z późn. zm.),

- dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego, w którym stwierdza m.in., (...) iż z projektu tego nie wynika, aby ustalając udział własny świadczeniobiorcy w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego uwzględniono średnie koszty przejazdu środkami transportu sanitarnego. Tymczasem wymóg uwzględnienia tych kosztów wynika z delegacji do wydania rozporządzenia (art. 41, ust. 4) i powinien rzutować na ustalenie wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy (...),



- w sprawie programu specjalizacji z neuropatologii dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w neurologii, neurochirurgii, patomorfologii,
- dot. projektu ustawy o zmianie ustawy Prawo farmaceutyczne,
- dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru oraz szczegółowych zasad i trybu nadawania odznaki „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu”,
- dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,
- dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wzoru ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
- dot. projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane;

• podjęło uchwały m.in.:

- w sprawie przygotowania Projektu „Internetowej Platformy Cyfrowej Centralnego Rejestru Lekarzy” w ramach Sektorowego Programu Operacyjnego (SPO-WKP), działanie 1.5, w której czytamy m.in., że Prezydium NRL powołuje powyższy projekt z jednoczesnym terminem realizacji w okresie od 1.01.2005 r. do 12.31.2006 r. Generalnym celem powołanej „Internetowej Platformy Cyfrowej Centralnego Rejestru Lekarzy” jest polepszenie warunków funkcjonowania obszaru usług medycznych oraz całego polskiego systemu służby zdrowia poprzez zwiększenie ilości oraz poprawę jakości usług świadczonych on-line, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii teleinformatycznych przez instytucje samorządu zawodowego wszystkich polskich lekarzy i lekarzy dentystów: Naczelną Izbę Lekarską oraz okręgowe izby lekarskie – czytamy w uchwale;

- w sprawie organizacji w 2005 r. spotkania przedstawicieli środowisk lekarskich państw Europy Wschodniej.

Posiedzenia Komisji NRL

W grudniu 2004 r. obradowały następujące komisje i zespoły tematyczne NRL:

– 3.12. w Gdańsku – w ramach XII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy (3-5.12.04 r.) – **Zespół ds. Młodych Lekarzy NRL**,

– 8.12. Komisja Finansowo-Budżetowa, w sprawie projektu budżetu NIL na 2005r.,

– 9.12. Zespół Prywatnych Praktyk Lekarskich,

– 13.12. Komisja Organizacyjna,

– 15.12. Komisja Kształcenia Medycznego, z udziałem przedstawicieli lekarskich towarzystw naukowych, debatowała nt. wspólnej realizacji rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia kształcenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów,

– 15.12. Zespół ds. Sportu, Kultury i Rekreacji nt. planów działalności w 2005 r.,

– 16.12. w siedzibie NIL – Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii.

College i co dalej?

W liście z 3.12.2004 r. skierowanym do Ministra Zdrowia Prezes NRL poprosił o rozważenie możliwości wprowadzenia regulacji prawnych dot. 4-letnich studiów medycznych dla osób, które ukończyły pre-medical college, głównie w USA lub Kanadzie. „Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości stoi na stanowisku, że kształcenie może być zgodne ze standardami unijnymi, nawet jeśli odbywało się w kilku państwach, w ramach różnych rodzajów studiów. (...) Warunkiem jednak uznania zgodności kształcenia jest zbadanie, czy wszystkie etapy nauki spełniają łącznie wymagania do wydania zaświadczenia o zgodności kształcenia ze standardami unijnymi w państwie wydającym je. (...) Ani rozporządzenie ministra edukacji narodowej i sportu (18.08.04 r.) zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia standardów nauczania dla poszczególnych kierunków studiów i poziomów kształcenia (...), ani inne przepisy nie mówią o możliwości i zasadach prowadzenia 4-letnich studiów lekarskich po ukończeniu 2- lub 3-letniego pre-medical college. Ponadto zaświadczenia wydawane przez uczelnie, mają bardzo różnorodną treść i w związku z tym często (...) pojawiają się wątpliwości dot. prawidłowego wyliczenia przedmiotów przygotowujących lekarza do zawodu. Istniejący stan rzeczy należy jedynie uznać za rozwiązanie doraźne, które w jak najszybszym czasie powinno być zastąpione prawną regulacją prowadzenia studiów 4-letnich” – czytamy w liście Konstantego Radziwiłła.

Czas pracy w ochronie zdrowia

10.12.2004 r. Ministerstwo Zdrowia zorganizowało międzynarodową konferencję pt. „Czas pracy – nowe wyzwanie w ochronie zdrowia” z udziałem m.in. ambasadora Wielkiej Brytanii, sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia, prezesa Trybunału Konstytucyjnego, rzecznika praw obywatelskich, przewodniczącego Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, prezesa NRL oraz przedstawicieli resortu ochrony zdrowia, a także wybitnych prawników specjalizujących się w ochronie zdrowia i dyrektorów szpitali. Główne zagadnienie: Proble-

matyka rozwiązań organizacyjnych dostosowujących system ochrony zdrowia do przepisów unijnych, w szczególności do przepisów Dyrektywy 2003/88/WE, dot. niektórych aspektów organizacji czasu pracy, w świetle wykładni Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 9.09.2003 r.

Regon na podstawie wpisu do rejestru?

13.12.2004 r. w imieniu NRL Konstanty Radziwiłł w liście do Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego poprosił o rozważenie możliwości nakazania podległym Urzędowi nadawania numerów identyfikacyjnych REGON na podstawie zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez właściwą okręgową radę lekarską. „(...) Zgodnie z § 4, ust. 3, pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z 27.07.99 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z in. organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej – «do wniosku dołącza się odpis, wyciąg lub zaświadczenie z właściwego rejestru albo ewidencji działalności gospodarczej i innych ustaw, potwierdzające powstanie podmiotu lub podjęcie działalności. Istnieje zatem podstawa, by podległe Panu Prezesowi urzędy żądały zaświadczenia o wpisie do rejestru działalności, regulowanej, prowadzonego przez izby lekarskie” – czytamy w liście.

List do Prokuratora Generalnego RP

15.12.2004 r. Prezes NRL wystosował list do min. Andrzeja Kalwasa – prokuratora generalnego RP z prośbą o podjęcie kroków zmierzających do prawidłowego i jednolitego stosowania prawa w postępowaniach przygotowawczych dot. lekarzy, wobec których zastosowano środek zapobiegawczy w postaci zawieszenia prawa wykonywania zawodu przez lekarza lub lekarza dentyistę. Zdaniem Konstantego Radziwiłła zastosowanie takiego środka zapobiegawczego, pozbawiającego lekarza lub lekarza dentyistę zarówno możliwości pracy, jak i wykonywania praktyki lekarskiej, powinno być stosowane z wielką rozwagą. Tymczasem w sprawach przekazanych prezesowi uzasadnienia postanowień nie wskazują konkretnych przyczyn zastosowania powyższych kroków. (...) Sądę zatem, że w ramach prawidłowego stosowania prawa prokuratury – korzystając ze środków zapobiegawczych, zwłaszcza tak dotkliwych dla podejrzanych, powinny uzasadniać postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego wskazując również faktyczne przyczyny wydania takich postanowień – pisze Prezes NRL.

Uwaga! Pełne teksty dokumentów znajdują się na stronach NIL: www.nil.org.pl

Iwona A. Raszke-Rostkowska

tel./fax (0-22) 851-71-48

tel. kom. 0-606-440-100

e-mail: iwona.raszke@hipokrates.org

@sculap.pl

Goniec Medyczny

końcu płać budżet, czyli my” – pisze „Gazeta Wyborcza”. • **Oszczędności NFZ na nagrody dla pracowników Funduszu?** „W planie NFZ trzeba uwzględnić dodatkowe środki na wypłaty dodatków za wysługę lat i nagród jubileuszowych dla pracowników Funduszu” – mówi o przesunięciach środków finansowych w NFZ wiceprezes Funduszu Marek Mazur. „Pieniądze potrzebne na wypłaty dodatkowych składników płac będą pochodziły z oszczędności funduszu” – dodaje wiceprezes. • **Na razie pilotażowo działa na Śląsku.** Minister zdrowia Marek Balicki jest za wprowadzeniem w całym kraju Rejestru Ostreżych Zespołów Wieleńcowych. • **Ile kosztuje ludzkie życie?** Wielkopolskie Centrum Onkologii nie zgadza się na proponowane przez NFZ na 2005 r. stawki dotyczące chemioterapii, które są... poniżej cen leków onkologicznych. • **Szpital przegrał z NFZ.** Kielecki Sąd Okręgowy oddalił powództwo szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim przeciwko NFZ o zapłatę zobowiązań wynikających z tzw. ustawy 203. • **Głodni życia.** We Wrocławiu odbyło się spotkanie byłych i obecnych pacjentów Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej AM. • **Odważne Amazonki.** Dzięki inicjatywie i odwadze kobiet z Wrocławskiego Klubu Amazonek powstał „Kalendarz Amazonki 2005”, zawierający... zdjęcia kobiet po mastektomii. • **Nowy laser w Bydgoszczy.** W bydgoskim szpitalu wojskowym po raz pierwszy w Polsce wykorzystano do zabiegu operacyjnego nowy typ lasera o fali ciągłej. Operacja dotyczyła wyluszczenia gruczolaka stercza.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 60 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW.

Serdecznie zapraszamy.

lek. Jarosław Kosiaty

redaktor naczelny portalu Esculap.pl

Grupa Medical Data Management

www.esculap.pl

e-mail: jkosiaty@esculap.pl



Punktologia

Marek Wójtowicz

Globalny ogólnokrajowy budżet NFZ na rok 2005 wynieść ma 34 284 984 zł i ma być wyższy o 9,9 %, tj. o 3,1 mld zł od budżetu AD 2004.

foto: Marek Stankiewicz

Nie oznacza to, że nam się na tzw. odcinku świadczeniodawców polepszy aż o 9,9 %, bo jest to tylko statystyczna średnia wyciągnięta z kilkudziesięciu pozycji planu finansowego NFZ. Zakup usług medycznych jest największą, ale nie jedyną pozycją w budżecie NFZ.

Na odcinek świadczeniodawców z tych dodatkowych 3,1 mld zł jeszcze przed konkursem ofert i negocjacjami NFZ rzucił 1,9 mld zł i podzielił je równiutko wszystkim województwom rękami pana ministra zdrowia uzyskując dla każdego oddziału NFZ po 5,17 % wzrostu w

stosunku do „analogicznego okresu roku ubiegłego”. Podział procentowy oznacza, że oddziały NFZ, które w roku 2004 miały więcej... będą miały jeszcze więcej, a te, które miały mniej, będą miały też więcej, ale nieco mniej niż te, które miały więcej. To jednak nie koniec skomplikowanej żonglerki finansami.

Oddziały NFZ w ramach własnych budżetów i lokalnych uwarunkowań mogły same zaplanować, żeby np. dać w roku 2005 więcej tam, gdzie było do tej pory mniej, np. szpitalom, albo dać mniej tam, gdzie było w zeszłym roku więcej, np. specjalistycy, albo dać wię-

cej tam, gdzie było więcej, albo mniej tam, gdzie było i tak mało. Wiem, Drodzy Czytelnicy, że już was szlag trafia od tego „więcej lub mniej”, ale w ten sposób i w tym momencie przeżywanie frustracji wchodzącego do pokoju negocjacyjnego dyrektora SPZOZ lub NZOZ.

Na szczęście dla polskich lasów październikowy konkurs ofert na usługi zdrowotne w roku 2005 i wariacko krótki czas na przygotowanie pełnej oferty mamy już za sobą. Najspokojniej było w województwie zachodniopomorskim, gdzie aż 99 % umów z roku 2004 przedłużono aneksem, a konkurs ogłoszono jedynie dla powiatu gryfickiego.

Ta proekologiczna, chroniąca lasy państwowe zachodniopomorska polityka ograniczania zużycia papieru powinna być wzorem dla wszystkich pozostałych oddziałów NFZ. To straszne, jak wiele drzew poszło pod topór na procedury konkursowe. Po zakończeniu etapu papierowego doszło do listopadowo-grudniowych ustnych negocjacji, w których powinno było nastąpić zbliżenie stanowisk płatnika i oferenta z wyborem ostatecznej kompromisowej ceny usługi na rok 2005.

W naszym SPZOZ przygotowanie oferty zbiegło się w czasie z zarządzoną przez starostwo kontrolą jakości i finansowania świadczeń. Biuro RUM i księgowość pracowały na „trzy ręce”: wykonywały bieżące zadania, przygotowywały ofertę i sporządza-

ły sprawozdania dla komisji kontrolnej. To cud, że udało się w takich warunkach w ogóle przygotować ofertę i złożyć ją w terminie.

Pojawiły się nieuniknione w tej sytuacji pomyłki. Okazało się, że przesłana do NFZ nasza oferta na porady specjalistyczne miała wartość 32 mln zł, podczas gdy od lat wykonujemy te usługi za kwotę ok. 2 mln zł rocznie. Na szczęście sprawdziła się zasada, że monopolista na danym terenie może się pomylić bez szkody dla ostatecznego wyniku negocjacji. Przewodniczący komisji konkursowej jedynie z przekąsem zauważył, że machnąłem się w ofercie o 30 mln zł i warto byłoby to opisać w felietonie (co niniejszym czynię, Panie Przewodniczący). Grzecznie przeprosiłem komisję za błąd i po negocjacjach dostałem dla SPZOZ „tradycyjno-historyczno-coroczne” 2 mln zł. Nasza pomyłka okazała się pomocna w wykazaniu wysokiej efektywności ekonomicznej komisji konkursowej. Jak tylko jakaś inna komisja konkursowa zaczynała chwalić się, że utargowała 2 lub 4 mln zł oszczędności dla NFZ w negocjacjach ze świadczeniodawcami, to „mój” przewodniczący kasował wszystkich informacją, że jego komisja utargowała aż 30 mln zł, i to w 15 min. u jednego tylko oferenta.

Z zebranych od kolegów dyrektorów informacji i z moich własnych doświadczeń z zakończonego konkursu ofert wynika, że odhumanizowanie rynku zdro-

REKLAMA

REKLAMA

wotnego postępuje. Nie ma już mowy o pacjencie, o chorobie, o poradzie, o hospitalizacji. W negocjacjach z płatnikiem rozmawiało się wyłącznie o punktach. Punktologia dominuje w szpitalach i specjalistycie. Szpital już nie leczy pacjentów... szpital zbiera punkty.

Oddziały NFZ w zależności od ustalonego dla nich przez centralę budżetu za zdobyty punkt szpitalny płacić mają nadal średnio po 10 zł (od 11 do 9 zł), a za punkty w specjalistycie ambulatoryjnej od 7 do 9 zł.

Najwięcej kasy na szpitale pójdzie w „uszpitalnionych” województwach, tj. w mazowieckim 415, 41 zł (na 1 ubezpieczonego) i na Śląsku 392,03 zł. Najmniej w „wolnych” od klinik i instytucji, tj. w podkarpackim (309,06 zł) i lubuskim (307,05 zł).

Średnia krajowa zaplanowanych wydatków NFZ na szpitalnictwo wyniesie 350 zł na 1 ubezpieczonego. W specjalistycie ambulatoryjnej także opartej o zbieranie punktów za porady NFZ chce na 1 ubezpieczonego wydać w roku 2005 średnio w kraju 61,58 zł. Najwięcej chcą dać poradzianym specjalistom oddziały NFZ w mazowieckim (72,44 zł) i na Śląsku (77,71 zł), a najmniej w łódzkim (42,09 zł) i lubelskim (44,63 zł).

W roku 2005 w systemie kontraktowania usług przez NFZ pojawi się prorodzinna nowinka: nie będzie limitowania zapłaty za porody. Wielkiego wzrostu przychodów dla SPZOZ-ów z tego tytułu nie będzie, bo aż do września 2005 będą rodzić ubezpieczone, które zaszły w ciążę w roku 2004, czyli na starych, „zniechęcających” do porodu zasadach finansowania. No ale od października 2005 może już być tylko lepiej, czego w Nowym Roku i lubartowskiej porodówce, i wszystkim innym porodówkom w całej Polsce gorąco życzę.

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich Oddział Wojewódzki Zachodniopomorski

Oświadczenie

Jako członkowie Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich wyrażamy stanowczy protest wobec poselskiego projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie. Projekt ten uważamy za nową formę zamachu na życie dzieci nie narodzonych.

Oddział nasz był inicjatorem tzw. Złotej Listy Lekarzy Ginekologów, którzy zobowiązali się do obrony życia dzieci nie narodzonych. Listę tę złożyliśmy na ręce Ojca Świętego Jana Pawła II i tym zobowiązaniom chcą nasi członkowie lekarze ginekolodzy być wierni.

Wyżej wymieniony projekt narusza podstawowe zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej i na to my, lekarze, nie możemy pozwolić i wobec takich poczynąń nie możemy pozostać bierni

(podpisy własnoręczne 17 lekarzy)

Szczecin, dnia 28.11.2004 r.

Wysłano do marszałka Sejmu Józefa Oleksego

XXVI Bal Lekarzy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

W ostatnią sobotę karnawału, **5 lutego 2005 r., w salach recepcyjnych warszawskiego hotelu Forum-Novotel** odbędzie się tradycyjny XXVI Bal Lekarzy. Oprócz wymienionej kuchni, o której nie powinniśmy wspominać, bo większość się odchudza, zawsze atrakcją jest program artystyczny, w którym występują znane postacie stołecznej sceny i estrady. Do tańca grać będą dwie świetne orkiestry.

Organizowany przez nas już od ponad ćwierćwiecza bal nie tylko zdobył sobie zasłużoną renomę wśród imprez tego typu, ale też stał się istotnym, mile wspomnianym przez uczestników czynnikiem integracji środowiska medycznego i farmaceutycznego z całego kraju. Często na sali dostrzec można stolik „łódzki”, „katowicki” czy polskich lekarzy przybyłych z zagranicy.

Z uwagi na znakomitą renomę Bal Lekarzy ma od lat swoich stałych gości, wśród których znaleźć można prominentnych przedstawicieli środowiska medycznego i farmaceutycznego, władz izb lekarskich, Ministerstwa Zdrowia, profesurę z kraju i z zagranicy, a także znane postacie naszych pacjentów, którzy corocznie balują z nami. Często jesteśmy świadkami spotkań na balu kolegów, którzy się ostatnio widzieli... w czasie studiów.

Dokonywać rezerwacji i nabywać bilety (**350 zł od osoby**) będzie można w siedzibie **Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie, Al. Ujazdowskie 24**. Wszelkich informacji dotyczących XXVI Balu Lekarzy i Farmaceutów uzyskać można w **Biurze PTL u pani Jolanty Nowickiej**, tel. **(0-22) 628-86-99, 627-29-88**, kom. **0-603-288-699** oraz u głównej organizatorki balu dr **Felicji Łap-kiewicz**, tel. kom. **0-606-514-108**.

A więc do zobaczenia na balu.

Serdecznie zapraszamy!

Komitet Organizacyjny ZG PTL

Zawsze zdrowa i aktywna

„Lilly Polska” ogłosiła powstanie nowej organizacji pozarządowej – **Fundacji Kobiet Polskich Zawsze Zdrowa i Aktywna**, której misją jest pomoc w tworzeniu masowego ruchu społecznego kobiet dojrzałych.

W całym kraju działa już 55 klubów, zrzeszających blisko półtora tysiąca pań. Kluby starają się pomagać kobietom po menopauzie w zachowaniu zdrowia i pełni sił vitalnych. Ich ideą jest uświadczenie kobietom zagrożeń zdrowotnych, jakie niesie ze sobą wiek dojrzały.

W całym kraju inicjowane są liczne działania o charakterze profilaktycznym, w tym bezpłatne badania (densytometria, USG piersi, badania wzroku i słuchu) oraz konsultacje lekarskie i psychoterapeutyczne.

Więcej informacji o programie Zawsze Zdrowa i Aktywna udziela **Aldona Olchanowska** – tel. **(0-22) 636-25-60, info@zzia.pl**

(ms)

Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie

Markus Schneider, Uwe Hofmann, Aynur Köse

Kraje, które stawiają na bogaty katalog usług (świadczeń), żądają z reguły udziału własnego osoby objętej ubezpieczeniem przy każdej usłudze.

Inne zaś – przy publicznie finansowanych świadczeniach – mają szczupły katalog usług (koszyk) z niewielkim udziałem własnym lub nawet bez niego.

Możliwość zredukowania publicznego katalogu usług przy świadczeniach stomatologicznych wiąże się także z ustalaniem zakresu świadczeń w zależności od wieku ubezpieczonych.

W **Danii** wszystkie zabiegi stomatologiczne w opiece publicznej, łącznie z leczeniem przewencyjnym i ortodontycznym dla dzieci i młodzieży, są za darmo. Dzieci i młodzież do 18 roku życia są całkowicie zwolnione z udziału własnego, dorosłych obowiązuje udział własny, który w zależności od świadczenia wynosi 34-100%. Młodzież od 16 roku życia może wybrać, czy chce korzystać jak do tej

pory z publicznych zakładów, czy zamienić je na prywatnie praktykującego lekarza. Do 18 roku życia koszty leczenia w dalszym ciągu przejmuje państwo.

W krajach europejskich wiele świadczeń, szczególnie protetycznych nie wchodzi w zakres usług finansowanych przez kasy chorych. Dla pacjenta bez dodatkowego ubezpieczenia oznacza to, że sam musi ponieść wszystkie koszty leczenia. Podczas gdy w Szwajcarii pacjenci praktycznie przy wszystkich usługach stomatologicznych muszą ponosić 100% kosztów, to nie zdarza się to w Niemczech i Francji.

W **Niemczech**, gdzie dotychczasowe leczenie stomatologiczne było wolne od dopłat, od 2004 r. opłata za wizytę wynosi 10 euro. Za dwa badania kontrolne w roku pacjenci nie płacą.

W **Szwajcarii** w leczeniu stomatologicznym jest wiele specjalnych uregulowań przy dopłatach. Ubezpieczenie zdrowotne przejmuje np. koszty, jeżeli leczenie stało się konieczne przez ciężkie, nie dające się uniknąć schorzenie układu żucia lub z powodu ciężkiego schorzenia ogólnego czy w wyniku wypadku. Lista dokładnie określa, przy jakich wskazaniach leczniczych

kasa chorych jest zobowiązana do pokrycia kosztów.

We **Francji** pacjent otrzymuje za leczenie zachowawcze i chirurgiczne do 70% zwrotu kosztów z kasy chorych. Ponieważ ustalone w liście opłat honoraria za odpowiednie leczenie nie są wystarczające, wysokość udziału własnego pacjenta różni się w zależności od przyczyny leczenia i zabezpieczenia poprzez dodatkowe ubezpieczenie.

Leczenie ortodontyczne i protezyjne jest również częścią katalogu usług. Jednakże kasa chorych zwraca tutaj tylko część kosztów w formie stałej kwoty.

Holenderskie obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne pokrywa u dzieci i młodzieży takie świadczenia, jak zabiegi profilaktyczne (fluorowanie zębów), dwa roczne badania kontrolne, usuwanie kamienia nazębnego i porady dotyczące higieny jamy ustnej. Warunkiem utrzymania prawa do zabiegów profilaktycznych jest przestrzeganie rocznego terminu kontroli.

Profilaktyka

Zasadniczym celem prewencji stomatologicznej jest zredukowanie ryzyka zachorowań i poprawa zdrowia jamy ustnej. Sukces indywidualnego programu profilaktycznego zależy od treści programu, zaangażowania lekarza w opiekę, rozpoczęcia i trwania programu i od dyscypliny pacjenta.

W poszczególnych krajach w zależności od sytuacji zdrowotnej ludności programy tworzone są dla różnych grup wiekowych. Pakiety usług w krajach objętych badaniami są różnicowane.

Pakiety leczenia obejmują: indywidualną profilaktykę, stwierdzenie stanu higieny jamy ustnej, wyjaśnienia, porady, motywacje, czyszczenie zębów, fluorowanie, wypełnianie szczelin, kontrole stanu zdrowia i dokumentację. W większości badanych krajów przy tych usługach nie ma udziału własnego pacjenta. Wyjątki można znaleźć we Francji, gdzie również dzieci i młodzież płaci dodatkowo 30%.

W **Belgii** ubezpieczony musi dopłacić od 10% do 25%. Dopłata ta zwiększa się do 60%, jeżeli nie dopilnowano obowiązkowego badania raz w roku.

W **Szwajcarii** lekarz dentysta ma do dyspozycji bogaty katalog indywidualnych profilaktycznych usług, które można zastosować w indywidualnej sytuacji

TABELA 1

Opłata ogólna przy indywidualnej profilaktycznej opiece w wybranych krajach

kraj	opłata ogólna – dzieci
Dania	0%
Niemcy	0%
Francja ¹	30%
Holandia	0%
Szwajcaria ¹	100%

¹Bez dodatkowego prywatnego ubezpieczenia.

²Wartość rachunkowa.

³Pacjenci powyżej 18 roku życia.

zdrowotnej dziecka. Kosztów indywidualnej profilaktycznej opieki nie przejmują kasy chorych.

Reguły opłat

Indywidualna profilaktyczna opieka dla dzieci i młodzieży w badanych krajach jest zorganizowana różnorodnie.

W **Danii** opiekę nad dziećmi i młodzieżą do 18 roku życia sprawują zatrudnieni przez gminy stomatolodzy, którzy otrzymują za to miesięczne wynagrodzenie. Wykazane w porządku opłat indywidualne profilaktyczne środki u dzieci i młodzieży pomyślane są dla gmin, które nie mają zatrudnionego na stałe lekarza, ale mają umowę z zamieszkałym na stałe lekarzem.

W **Niemczech** obok indywidualnej profilaktyki jest także dodatkowo szczególna profilaktyka grupowa dla dzieci do 12 roku życia; w przedszkolach, szkołach, zakładach dla upośledzonych, gdzie ryzyko zachorowania na próchnicę jest ponadproporcjonalnie wysokie do 16 roku życia (badania przeglądowe i środki uświadamiające).

Indywidualne profilaktyczne usługi świadczone są w Niemczech w ramach trzyletniego cyklu leczenia, w którym poszczególne usługi mogą być rozliczane w różnej częstotliwości.

Indywidualna profilaktyczna opieka do 6 roku życia w Niemczech obejmuje badania wczesnej wykrywalności i miejscową fluoryzację zębów. Dzieci i młodzież w wieku 6-18 lat mają prawo do rozszerzonej opieki, a w Danii możliwość roszczenia sobie prawa do tych usług.

W **Holandii** pacjenci, którzy nie ukończyli 18 roku życia i mogą udokumentować coroczną wizytę u dentysty, mają prawo do bezpłatnej opieki stomatologicznej łącznie z profilaktyką indywidualną.

Leczenie zachowawcze i chirurgiczne

Pacjent niemieckiej kasy chorych – przy bogatym katalogu usług w opiece zachowawczo-chirurgicznej – obciążany jest płatnością za niewielką liczbę usług.

Wszędzie w badanych krajach jest **opłata ogólna**. Np. w zakresie leczenia zachowawczo-chirurgicznego opłata wykazywana jest na podstawie dwóch różnych świadczeń: usunięcie zęba i pracochłonna pozycja wypełnienia kanału korzenia.

Punkty leczenia w ramach wypełnienia kanału korzenia obejmują poinformowanie pacjenta, znieczulenie, założenie koferdamu, przygotowanie zęba i otwarcie komory zęba, usunięcie miazgi, ekstirpację miazgi kanałowej, RTG dla określenia długości wszystkich kanałów korzeniowych, przygotowanie wszystkich kanałów do wypełnienia, a także wypełnienie kanału lub kanałów korzenia. Następnie kontrolne RTG dla oceny wypełnień wszystkich kanałów, a także tymczasowe wypełnienie komory zęba.

W Danii pacjent otrzymuje od państwowej służby zdrowia dopłatę w formie stałej kwoty na każdy kanał. W Holandii i Szwajcarii wypełnienie kanału korzenia u dorosłych nie jest przejmowane przez socjalne ubezpieczenie. Wysokość opłaty za wypełnienie kanału korzenia jest w badanych krajach różnorodna (porównaj tabelę A 2). Podczas gdy w Holandii i Szwajcarii pacjent za usługę płaci 100%, udział w kosztach świadczenia w Danii, Francji i Anglii wynosi między 30% a 85%. Tylko w Niemczech pacjent nie musi uiścić żadnej opłaty wynikającej ze specyfiki usługi. Obowiązuje to także od roku 2004 z wprowadzeniem opłaty za wizytę.

Uregulowania opłat w międzynarodowym porównaniu

Procedury leczenia przy usunięciu zęba obejmują poinformowanie pacjenta, znieczulenie, usunięcie, zaopatrzenie rany, a także instrukcję dla pacjenta.

W Danii obowiązują dane dla dorosłego pacjenta. We Francji usługa ta przejmowana jest w 70% przez państwowe ubezpieczenie. W Holandii i Szwajcarii usługa ta nie jest częścią składową katalogu usług państwowego ubezpieczenia.

Z wyjątkiem Niemiec, we wszystkich badanych krajach pacjent musi dokonać opłaty za usunięcie zęba ze względu na specyfikę usługi.

We Francji, Danii i Anglii waha się ona między 30% a 80%, w Szwajcarii opłata ogólna ponoszona przez pacjenta wynosi 100%.

Obok Danii, w leczeniu zachowawczo-chirurgicznym opłata zależna od rodzaju usługi obowiązuje też w Belgii.

Np. **honorarium lekarza dentysty w Belgii** za konsultację (porada) wynosi 15,04 euro. Z reguły zwracane jest z tego (bez Regime Preferentiel) 11,40 euro. Uprawnieni do usługi tzw. Regime

Preferentiel otrzymują tutaj pełną kwotę w wys. 15,04 euro.

Za usunięcie kamienia nazębnego honorarium dla lekarza dentysty wynosi 10,96 euro za quadrant (1/4 łuku zębowego). Odpowiednia kwota zwrotu (bez Regime Preferentiel) 8,22 euro, a dla uprawnionych do usługi w Regime Preferentiel 10,96 euro.

Jednopowierzchniowe wypełnienia u pacjenta powyżej 18 roku życia zwracane są w 100% z ubezpieczenia dla uprawnionych do usług w Regime Preferentiel. Innym pacjentom zwraca się przy tym leczeniu 17,61 euro. Odpowiada to dopłacie 25%.

Przy usługach rentgenowskich uprawnieni do usługi w Regime Preferentiel muszą też wnieść dopłatę. I tak honorarium za zdjęcie rentgenowskie wynosi 9,38 euro. Z tego w normalnym wypadku (bez Regime Preferentiel) zwracanych jest 7,04 euro (75%). Przy uprawnionych do usługi tzw. Regime Preferentiel zwrot kosztów w kwocie 8,45 euro jest wprawdzie wyższy, uprawnieni do usługi muszą jednak w tym przypadku sami ponieść 10% kosztów.

Leczenie ortodontyczne

W **Belgii** od uprawnionych do usługi w Regime Preferentiel za usługi ortodontyczne nie pobiera się opłaty. Honorarium ortodonta za miesięczne leczenie w praktyce wynosi 18,90 euro. Z tego w normalnym przypadku (bez Regime Preferentiel) zwraca się 14,80 euro. Opłata wynosi więc 25% (4,72 euro).

W **Niemczech** leczenie ortodontyczne u dzieci do 18 roku życia w medycznie uzasadnionych grupach ze wskazaniem

dokończenie na str. 24

TABELA 2

Opłata (współpłacenie, udział własny pacjenta) ogólna pacjenta za wypełnienie kanału korzenia (na zębie 46) i usunięcie zęba 31 w wybranych krajach

kraj	wypełnienie	usunięcie
Dania ²	85%	60%
Niemcy	0%	0%
Francja	30%	30%
Anglia	80%	80%
Holandia ³	100%	100%
Szwajcaria	100%	100%

¹Bez prywatnego ubezpieczenia dodatkowego.

²Wartość rachunkowa.

³Pacjenci powyżej 18 roku życia.

Dopłaty do świadczeń stomatologicznych w Europie

dokończenie ze str. 23

zwracane jest w pełni przez państwowe kasy chorych. W ramach zdefiniowanego katalogu wskazań (§ 29 SGB V) obowiązuje dla dorosłych 20% opłata, która po zakończonym z sukcesem leczeniu jest zwracana. Oprócz zdefiniowanego katalogu wskazań, dorośli nie mają prawa do leczenia ortodontycznego (§ 29 SGB V w połączeniu z § 92 punkt 1 SGB V).

We **Francji** honorarium ortodonta wynosi za wizytę 22,87 euro. Z tego pacjent, jeżeli ma mniej niż 16 lat, ponosi 30% wartości tego honorarium.

W **Szwajcarii** usługi ortodontyczne nie są częścią składową państwowego ubezpieczenia podstawowego. Dla dzieci proponowane są jednakże prywatne dodatkowe ubezpieczenia.

W **Danii** i **Holandii** przy przejęciu usług ortodontycznych są ograniczenia związane ze wskazaniami lekarskimi.

Leczenie protetyczne

Uzupełnienie utraconego uzębienia obejmuje leczenie protezami stałymi (korony, mosty) i protezami ruchomymi. Materiałami na korony są np. złoto lub ceramika. Proteza jest technicznie sporządzonym zastępstwem wszystkich lub części zębów. Zęby zastępcze mogą być wykonane z materiału sztucznego lub porcelany. Badano zakres opłaty ze strony pacjenta (współ-

płatnie) na podstawie całkowitej protezy dolnej (uzupełnienia w żuchwie) i górnej (uzupełnienia szczęki).

Postępowanie standardowe przy całkowitej protezie obejmuje następujące procedury leczenia klinicznego i postępowania laboratoryjnego związanego z technicznym wykonaniem protezy: poinformowanie pacjenta, ocena podłoża protetycznego, ustalenie planu leczenia, pobranie wycisków do wykonania modelu studyjnego obydwóch szczęk i indywidualnych łyżek dla dolnej i górnej szczęki, uformowanie funkcjonalne z indywidualnymi łyżkami dla wytworzenia modelu, ustalenie poziomu okluzji i ustalenie centralnego położenia żuchwy; wprowadzenie modeli do artykulatora, wybór koloru i kształtu zębów, ustalenie zwarcia na modelach woskowych, zlecenie wykonania technicznego wg wskazań lekarza dentysty, dostosowanie protezy w ustach pacjenta, kontrolę funkcjonowania, korektę zwarcia i artykulacji gotowej protezy, wizyty kontrolne.

W **Danii** przy tej usłudze lekarz dentysta decyduje o wysokości swojego honorarium w zależności od czasu pracy, ponieważ usługa ta nie jest dofinansowywana przez państwową służbę zdrowia. Pacjent musi sam ponieść wszystkie koszty.

Dla Niemiec ceny za tę usługę zawarte są w uzgodnieniach między związkiem kas a związkiem lekarzy dentystów.

Pacjent płaci z tego jedynie materiał i koszty laboratoryjne w wysokości 50 do 65% całkowitych kosztów. Przy regularnych wizytach kontrolnych (przynajmniej raz w roku) pacjent płaci mniejszy udział własny, w wysokości 40% po 5 latach i 35% po 10 latach.

We **Francji** państwowe ubezpieczenie zapewnia dopłatę 70% kosztów leczenia protetycznego, ale tylko do określonej granicy.

W **Holandii** pacjent dostaje z ubezpieczenia dopłatę 75%.

W **Szwajcarii** za tego rodzaju usługę pacjent musi ponieść 100% kosztów.

W **Belgii** honorarium lekarza za ruchomą protezę szczęki górnej i dolnej wynosi 451,03 euro. Z tego ubezpieczenie zwraca z reguły (bez Regime Preferentiel) 338,28 euro. Odpowiada to opłacie w wysokości 25% lub 112,75 euro. Uprawnionym do usług w tzw. Regime Preferentiel zwraca się 428,48 euro, dopłata wynosi dla tej grupy osób tylko 5% (22,50 euro). W **Holandii** dopłata za tę usługę wyno-

si 25%. W Niemczech opłata pacjenta może się wahać w zależności od zachowań profilaktycznych pacjenta między 35 a 50%.

We **Francji** ubezpieczeni płacą do 89%, jeżeli nie spełniają założeń katalogu wyjątków (ciężkie zachorowania-schorzenia). W **Danii** i **Szwajcarii** opłata ponoszona przez pacjenta wynosi 100% (porównaj tabelę A. 3).

Porównanie uregulowań opłat

W miejsce dotychczasowych procentowych opłat w protetyce zostaną w przyszłości wprowadzone w Niemczech **stałe dopłaty** ze strony kasy chorych (**stała kwota**), oparte na standardach ustalonych dla koniecznego leczenia. Dopłaty stałe ze strony kasy chorych bazujące na standardach potwierdzają, że dla wysokości stałej dopłaty nie jest już konieczne ustalanie wartości (kosztów) leczenia w pojedynczym przypadku, lecz ustalanie wysokości stałej kwoty opiera się na średnich kosztach leczenia, które stosowane jest w większości przypadków. **Dzięki temu ubezpieczeni mogą w przyszłości zdecydować się na każdą medycznie uznaną formę leczenia w protetyce nie tracąc prawa do dopłaty ze strony kasy chorych.** Szczególnie uwzględniane będą ciężkie przypadki.

Zabezpieczenie jakości usług, na które zapewniona jest stała dopłata, to wspólne zadanie samodzielnej administracji kas i związku lekarzy dentystów. Do tego zalicza się m.in. plan leczenia i kosztów.

Od 2005 r. protetyka w Niemczech zostanie wydzielona z katalogu usług GKV. Obligatoryjne zabezpieczenie zostanie zaoferowane w konkursie zarówno przez GKV, jak i PKV.

Nie zmieni się nic w jakości i zakresie opieki. W państwowych zakładach ubezpieczeniowych miesięczna składka na leczenie protetyczne będzie wynosiła poniżej 10 euro, ubezpieczeni członkowie rodziny nie płacą żadnej własnej składki.

opr. Andrzej Fortuna

Kwartalnik Niemieckiego Instytutu Dentystycznego, nr 3/2003. Opracowano na podstawie badania Niemieckiego Instytutu Dentystycznego (IDZ) przeprowadzonego przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia i Bezpieczeństwa Socjalnego Republiki Federalnej Niemiec.

TABELA 3

Opłata ogólna pacjenta przy całkowitej protezie dolnej i górnej szczęki w wybranych krajach

kraj	opłata ogólna pacjenta ¹
Belgia	25%
Dania	100%
Niemcy	35-50%
Francja	89% ²
Holandia	25%
Szwajcaria	100%

¹Bez prywatnego dodatkowego ubezpieczenia.

²Pacjenci 18-60 lat.

³Za wyjątkiem ubezpieczonych z ciężkimi nie dającymi się uniknąć schorzeniami.

Oszukiwani z zimną krwią

Andrzej Baszkowski



Znowu nic nie załatwiliśmy dla stomatologii! Beznadziejne kontrakty jak były, tak są.

To znaczy coś tam z NFZ wytargowaliśmy: m. in. wycofanie obowiązku dawania 12-miesięcznej gwarancji na świadczenia (był taki pomysł Funduszu!), trochę więcej punktów za protezy, zwiększenie wskaźnika na pomoc doraźną, ale w sumie kontrakty nie są takie jak chcieliśmy, o pieniądzech już nie mówiąc. Zresztą NFZ z jednej strony niby dołożył do protez, ale jednocześnie zostawił sobie furtkę do wycofania tych pieniędzy przez uznanie, że wskaźniki korygujące są maksymalne, a więc możliwe jest ich obniżenie. Jak nie kijem go, to pałką... Ale to nic nowego.

Gdy tylko pieniądze potrzebne są gdzie indziej (a zawsze gdzieś ich brakuje), Fundusz w swej arbitralności i zadufaniu nie cofa się przed żadnym sposobem odebrania ich stomatologii. Ale to także nie nowego.

Chcieliśmy wiele, a dostaliśmy tyle co zawsze, czyli tyle ile zechciała w swej łaskawości dać administracja. Nie ma szans, żeby w przyszłym roku było chociaż tak jak w bieżącym. Będzie gorzej. Między innymi dlatego, że wzrosły ceny materiałów, no i jest inflacja.

Dwie rzeczy były najważniejsze. Kształt kontraktów i ceny. Myśleliśmy: no, w tym roku to już się nie damy! A najpóźniej w 2005, to już 1000 procent, że będą nam płacić za świadczenia stomatologiczne prawdziwe, a nie wydumane ceny. Tyle, ile rzeczywiście, co kosztuje. Wreszcie! I wrócimy do starych kontraktów, bo lepsze.

Od jesieni zeszłego roku o to zabiegaliśmy. Jeździliśmy do Warszawy, tłumaczyliśmy, przekonywaliśmy, słailiśmy memoriały, opracowania, analizy. Mówiliśmy, że świadczeniodawcy chcieliby, żeby kontrakty stomatologiczne były takie jak trzy lata temu, czyli podstawowe dla dorosłych i dzieci oraz specjalistyczne. A nie te dziwaczne podziały na siedem grup. Bo tak po prostu będzie lepiej, logiczniej, sensowniej. Zresztą taki model organizacyjny opieki dentystrycznej funkcjonował w Polsce przez dziesięciolecia i się sprawdził. Był dobry, nawet na tle Europy. No i tak będzie korzystniej dla pacjentów. Wreszcie, tak woleliby leka-

rze, bo tak jest im po prostu łatwiej. Ale kogo to obchodzi?

Jednak przede wszystkim przekonywaliśmy i udowadnialiśmy ile i co w stomatologii tak naprawdę kosztuje. A także jak śmieszne w porównaniu z eksperckimi wyliczeniami są sumy płacone lekarzom dentystom przez NFZ. I że nagrodę Nobla dostanie ten, kto w funduszowych kwotach znajdzie lekarskie wynagrodzenie. A lekarz do wynagrodzenia ma prawo. Nawet minister tak napisał. I że nie jest prawdą, że chcemy potrojenia budżetu na stomatologię. My chcemy, żeby za to, co jest, NFZ kupił tyle świadczeń, ile może, ale po realnych cenach!

Fundusz z uporem namawiał nas jednak do zrozumienia oczywistej z kolei dla niego prawdy, że po prostu nie ma pieniędzy. Nie ma i koniec.

Przepraszam, ale co to obchodzi mnie, lekarza, który robi co do niego należy! Ja swoje obowiązki, czyli świadczenia dla pacjentów wykonuję najlepiej jak potrafię, tak jak podpowiadają standardy, wiedza, umiejętności, możliwości materiałowe. Dlaczego za to wszystko dostaję jedną trzecią ceny? Dlaczego jestem oszukiwany z zimną krwią? Tylko dlatego, że jestem malutki w porównaniu z potężnym monopolistą? Niech monopolista potrzeby dostosuje do możliwości. I zacznie zauważać i poważnie traktować tych, którzy w końcu leczą. Bez nich nawet dziesięć różnych NFZ nic by nie zdziało.

No więc mniej więcej tak tłumaczyliśmy przez ostatnie miesiące nasze sprawy rozmówcom z wysokich urzędów. Ale władza tylko udawała, że słucha. Niby potakiwała, ale swoje wiedziała. Nie czytała, nie zastanawiała się nad tym, o czym do niej pisaliśmy. Bo władza lekarzy lekceważy. Boi się tylko pacjentów. Nie o pacjentów, tylko właśnie pacjentów. Bo pacjenci mogą pokazać swoje niezadowolenie. A może i gniew. Np. przy wyborach. I tego właśnie władza się boi. Nie jęczących i białodolących lekarzy.

Władza boi się o stołki i fotele. O utratę stabilizacji. Nie lubi zmian. Tak jak jest teraz jest dobrze, spokojnie i bezpiecznie. A zmiany nie wiadomo co przyniosą. Dla świętego spokoju

niech będzie tak jak jest. Zresztą mimo wszystko właśnie jakoś jest. Nawet jak coś kosztuje X, a my płacimy połowę, no to co. Tak jest od lat. I co? I nie! Administracja rzadko ulega argumentom i racjom. Częściej poleceniom i decyzjom politycznym. Lub strachowi.

Jeżeli nie mam racji, to dlaczego nic z naszych postulatów, wcale nie tych zasadniczych, ale niewielkich, bardziej porządkowych, zgłaszanych od miesięcy nie znalazło się w ogłoszonych warunkach kontraktowania? A teraz w negocjacjach z nami chętnie bierze się je pod uwagę? Nie można tak było już w momencie tworzenia dokumentów? A teraz robi się wszystko na wczoraj, na wariata?

Nie można, bo nikt sobie izbowym gadaniem głowy nie zawracał. Nasze postulaty, nie przeczytane, leżały sobie spokojnie w szufladzie. Albo w koszu...

Jeżeli mogę zrozumieć urzędnika, co nie znaczy, że akceptuję jego poczynania, to absolutnie nie widzę możliwości zrozumienia i aprobowania postawy dwóch kolegów, lekarzy, z którymi zetknąłem się w trakcie rozmów w centrali NFZ. Oni reprezentują Fundusz. Oni doskonale wiedzą, że lekarz jest oszukiwany, że usunięcie zęba nie kosztuje tyle, ile płaci NFZ czyli 5 czy nawet 7 zł, ale kilka razy więcej, ale wcale nie są tym oburzeni. Więcej, uważają że tak jest dobrze. Skoro lekarze takie kontrakty podpisali?

A czy mieli wybór? Koledzy zachowują się tak jakby nie rozumieli, że wcale nie chodzi o kontrakt, ale o to co wokół niego. I to „wokół” uzupełnia to, czego nie dopłaca Fundusz. I panowie koledzy tego nie widzicie? I ta patologia to ma być w porządku? Nie wstyd wam akceptować i bronić instytucji oszukujących lekarzy? To paskudny przykład jak bardzo punkt widzenia zależy od tego, kto płaci! Jeżeli ktoś ewidentnie występuje przeciwko swojej korporacji, interesom kolegów, a przede wszystkim pacjentów, to – moim zdaniem – zasługuje na spotkanie z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, a co najmniej z Komisją Etyki!

Monopolistyczny NFZ zyskał poparcie naszych kolegów. Lekarze przeciwko lekarzom. Jak to nazwać?

foto: Marek Stankiewicz

Skandal czy kiks?

3 grudnia 2004 r. premier Marek Belka na wniosek Marka Balickiego odwołał Rafała Niżankowskiego ze stanowiska podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Powodem dymisji był list, który 30 sierpnia 2004 r. wiceminister Niżankowski skierował do Davida Byrne'a, członka Komisji Unii Europejskiej, szefa Dyrektoriatu ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów w Brukseli. Niżankowski zareagował niezwykle szybko na zaproszenie do dyskusji. Odpowiedź została zarejestrowana jako czternasta w kolejności, na 183 nadesłanych z całej Europy.

Nagle późną jesienią rozpułała się medialna burza. Prasa codzienna cytowała skrawki listu, najchętniej te, które jak ulał pasowały do klimatu afery. Najdobitniej słychać było głosy tych, którzy listu albo nie przeczytali, albo nie zrozumieli jego treści z powodu nieznamości angielskiego.

Obok publikujemy cały list, w przekładzie językowym prof. Stanisława Golca, polskiego psychiatry mieszkającego od ćwierćwiecza w amerykańskim Michigan, aby nie pozostawić wątpliwości jak treść listu rozumieją ci, którzy językiem angielskim posługują się na co dzień.

Zapytaliśmy naszych Czytelników z kraju i zagranicy, czy ich zdaniem list jest oburzający czy dyplomatycznie niepoprawny. A może nic nie ma w nim złego...

Oto wyniki naszej redakcyjnej sondy:

Po przeczytaniu tego listu, przetarłem oczy ze zdumienia. Drugi akapit listu zaczynający się od „I do not like «for all» for two reasons” jest koszmarny. Zaczyna się od tego, iż pan R. Niżankowski jest rasistą, poza tym obawiam się, że nie rozumie, co pisze. Pojęcie „good health” nie jest towarem, który lekarz zapisuje za darmo, jak powiedzmy w Polsce czy też sprzedaje za ciężkie pieniądze w USA.

Warto, aby polscy dygnitarze rzetelnie przeszkolili się na Zachodzie, zanim zasiądą w rządowych fotelach. Używanie obcego języka przez polskiego dygnitarza zobowiązuje do podstawowej rzetelności i lojalności wobec własnej kultury. Nie można żywcem przekładać polskiej „mowy trawy” na angielski i posyłać jej do Komisji Europejskiej w Brukseli.

Włodzimierz Sokołowski, anestezjolog
Miramichi, New Brunswick, Kanada

Dziękuję za przesłany mi dokument pt. „Zapewnić dobre zdrowie wszystkim. Proces refleksji dla nowej strategii zdrowia Unii Europejskiej” (org. Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy). To bardzo dobry artykuł i solidna podstawa do dyskusji (nad zdrowiem). Skoro pan sugeruje rozpoczęcie dyskusji, chciałbym wyrazić swój osobisty komentarz.

Nie podoba mi się stwierdzenie „dla wszystkich” (org. for all) z dwóch powodów. Po pierwsze – jest to nierealne. To niemożliwe, by zaoferować dobre go zdrowia wszystkim mieszkańcom Europy, ponieważ niektórzy nie chcą być w dobrym zdrowiu – oni potrzebują być chorzy, by odgrywać swoje społeczne role; lub ponieważ mają złe geny albo po prostu nie mają szczęścia w życiu. Drugim powodem, dla którego nie lubię frazy „dla wszystkich” jest bliski związek tego stwierdzenia z komunistycznym sloganem (odzwierciedlający utopijną ideologię komunizmu – przyp. red).

Pokładam wielką wiarę, że oświata zdrowotna dzieci w szkołach powinna być zaakcentowana w tym tekście (dokumencie – przyp. red.). Jest znanym zjawiskiem, że w niektórych populacjach wskaźniki zdrowia wiążą się z dochodem narodowym brutto. Biedne kraje mają mniej zdrowych obywateli, za wyjątkiem krajów z dobrym programem wychowania zdrowotnego jak np. Sri Lanka. Uważam, że w Europie powinniśmy oddziaływać na zachowania zdrowotne obywateli na wielu płaszczyznach. A co ważniejsze, to że edukacja zdrowotna dzieci to długoterminowa inwestycja na rzecz lepszego zdrowia i to powinno być stosownie zaakcentowane.

Mam nadzieję, że nie ustanie pan w kształtowaniu skutecznej europejskiej polityki zdrowotnej.

Z poważaniem

Rafał Niżankowski

Rafał Niżankowski ośmielił się napisać to, co myśli. Jak daleko pogubiła się Europa i świat, kiedy za odwagę jasnej wypowiedzi, za odwagę przedstawienia swoich myśli, nawet jeśli są to myśli kontrowersyjne, człowiek zostaje ukarany odwołaniem ze stanowiska. Znowu poprawność polityczna była górą. Dalej żyjemy w zakłamaniu, dalej wypowiadamy tylko „słuszne” myśli, pamiętajmy, by nikogo nie urazić.

Dlaczego zdrowie nie dla wszystkich? Niżankowski to wyjaśnia. Nie wszyscy chcą być zdrowi. Można tu przedstawić długą listę ludzi, którzy usilnie pracują, by chorować. Możemy tu zaliczyć alkoholików, palaczy tytoniu, ludzi z otyłością prostą, odżywiających się nieprawidłowo, ludzi, którzy cały czas spędzają przed telewizorami bez żadnej aktywności fizycznej, ofiary wypadków drogowych łamiących przepisy, siadających za

kierownicę po pijanemu. Taką listę każdy lekarz może kontynuować prawie bez końca.

A co powiedzieć o ludziach, którzy ewidentnie lekceważą objawy choroby i nie zgłaszają się do lekarza, gdy jest na to czas? A co powiedzieć o ludziach, którzy leczą się u bioenergoterapeutów? Są ośrodki leczenia schorzeń naczyniowych, gdzie odmawia się wykonania angioplastyki lub pomostowania naczyniowego pacjentom, którzy nie rzucili palenia tytoniu. Po prostu leczenie naczyniowe u pacjentów palących papierosy mija się z celem.

Zasada solidaryzmu to piękna rzecz, ale świat to nie raj, gdzie wszyscy są mili, rozsądni, ładnie pachną i oddają się filozoficznym dysputom. Min. Marek Balicki znany z lewicowych przekonań, z wielkiej politycznej poprawności, z umiejętności natychmiasto-

wego reagowania na wzburzenie salonów i ich propagandowych tub, musiał tak zareagować. Przecież R. Niżankowski napłuł na ołtarz poprawności politycznej. Wszyscy wiemy, że nigdy nie będzie równo, ale po co o tym głośno mówić.

Maciej Michalik,
chirurg z Wejcherowa

List ma wymowę doprawdy niesłychaną, jest w swej treści prymitywny i w dodatku arogancki. Panu ministrowi nie podoba się, aby korzystanie z dobrodziejstw medycyny, środków, programów i projektów było dostępne „dla wszystkich”. Wyłączyłby tych, którzy chcą być chorzy dla uzyskania jakichś socjalnych korzyści. I oczywiście bezbiednie ich z całej masy wyłowił.

Ale to nie wszystko - wykluczyć trzeba też i tych, co mają bardzo złe geny! Po prostu określmy co to są złe geny i wara od europejskiego grosza! Mieszkam w kraju, w którym w XX w. przez 12 lat bardzo dokładnie zbadano kto ma złe geny i wyciągnięto z tego daleko idące konsekwencje. Nie podejrzewam oczywiście pana ministra, że miał na myśli takie skojarzenia. Jako zwolennik teorii ewolucji minister Niżankowski wprowadza element walki o zdrowotne dobra - nie miałeś szczęścia, to nic ci się nie należy.

Arogancja sformułowań jest zastraszająca. Poziom i styl włącznie z angielszczyzną są żalosne, a wspomnienie o komunizmie w odniesieniu do wyrażenia „for all” ma jakoś kabaretowej pointy.

prof. Jan Zierski
neurochirurg z Berlina

Moim zdaniem autor listu wykazał zupełny brak zrozumienia znaczenia sformułowania „for all” w kontekście międzynarodowej polityki zdrowotnej. Sformułowanie to użyte po raz pierwszy w zatwierdzonej przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Organizacji Zdrowia w 1977 r. rezolucji „Health for All”, której Polska była sygnatariuszem, nie oznaczało i nadal nie oznacza przecież zapewnienia wszystkim obywatelom zdrowia, a tylko kładzie nacisk na konieczność zapewniania wszystkim obywatelom możliwości korzystania z warunków sprzyjających zdrowiu oraz dostępności środków umożliwiających zachowanie i umacnianie zdrowia, przy ich aktywnym współudziale. Zamieszczony list jest ob-

rażliwy nie tylko dla dr. Byrne’a, i wszystkich tych, którzy współtworzyli narodowe strategie „zdrowie dla wszystkich” w krajach naszego globu, ale świadczy źle o wiedzy i znajomości problemów zdrowia autora listu. Z drugiej strony, obsesja doc. Niżankowskiego odnośnie wszystkiego, co może przypominać komunizm nie powinna i nie może odbierać zdolności formułowania myśli i wyrażania się jako nieodzownego atrybutu wysokiego urzędnika rządu.

prof. Andrzej Wojtczak, nefrolog
dyrektor Instytutu Międzynarodowych Aspektów
Nauczania Medycyny, White Plains, N.Y., USA

Prostactwo polskich urzędników z tzw. warszawki powoli staje się już w Brukseli przysłowiowe. Po raz kolejny słoma wychodzi, tym razem, co gorsza, spod pióra. W moim przekonaniu to oburzające, że wiceminister w polskim rządzie ze zdziwieniem odkrywa czym zajmuje się Unia Europejska. Niżankowski sugeruje, że Unia powinna się zająć tematem „zdrowie dla potrzebujących” i nawet nieporadnie po omacku wskazuje tych potrzebujących. Inna sprawa, że Balicki powinien uważniej dobierać ludzi, staranniej oceniać ich talenty i rozdzielać pomiędzy nich kompetencje.

Mariusz Oleksiński,
ginekolog z Antibes, Francja

Drażni mnie dorabianie gęby Niżankowskiemu, który przecież nie powiedział, że osób szczególnie ciężko chorych nie będzie się leczyć. Wiceminister ciężko zgrzeszył przeciwko politycznej poprawności. Eurobiurokracja produkuje mnóstwo radosnych, wzniosłych i poprawnych tekstów, o których realiści dobrze wiedzą, że nikt na serio ich nie bierze, choć głośno o tym nie mówi. A tu się pojawił jakiś wiceminister z „nowej” Europy, który publicznie oświadcza, że na serio tego nie da się brać. W ogóle te hasła w istocie brzmią bardzo podobnie do tych z epo-

ki realnego socjalizmu. Ale europejscy urzędnicy ani tego nie wiedzą, ani nie czują, bo nigdy nie żyli w realso.

Andrzej Ciołko
urolog z Lublina

Ten list jest zaskakujący. Wiceminister zdrowia wypowiada się oficjalnie przeciwko celowi osiągnięcia dobrego stanu zdrowotnego mieszkańców. Autor nie polemizuje ze środkami proponowanymi do osiągnięcia tego celu, kosztami i czasem wymaganym do jego osiągnięcia, natomiast odrzuca z góry sam cel dobrego stanu zdrowia obywateli Europy twierdząc, że jest nierealny, ponieważ są ludzie, którzy są chorzy z wyboru, a jego wydźwięk przypomina komunistyczny slogan. Te argumenty są dla mnie nie do przyjęcia i według mnie kompromitują autora listu i instytucję, którą reprezentuje.

Krzysztof Murawski
emerytowany hematolog i transfuzjolog
Annandale, Virginia, USA

Odpowiedź była delikatnie mówiąc nieprzemyślana. Tu ciśnie się na usta cytaty z Chiraca: że Polacy lepiej zrobiliby, gdyby skorzystali z okazji do trzymania języka za zębami. Woląłem nie pytać, jaką reakcję wywołał ten list u kolegów z Komisji, którzy zajmowali się tą akcją. Urzędnikom Komisji Europejskiej jest na ogół obojętne, jakie stanowisko zajmuje dany kraj, ale podobno moi koledzy mieli telefony z zapytaniem o stan kodu genetycznego czy poczucie szczęśliwości polskiego obywatela. Takie kiksy nie robią dobrej atmosfery wokół nas.

Bogusław Suski
polski urzędnik
w unijnej administracji

opr. Marek Stankiewicz



foto: Marek Stankiewicz

Bronię LEP-u

Mariusz Janikowski

Krzyk, jaki się rozległ po odbyciu pierwszego Lekarskiego Egzaminu Państwowego – i to nie ze strony bezpośrednio zainteresowanych – wskazuje, że nie chodzi o celowość merytoryczną LEP-u, tylko o interes własny.

Rzecz charakterystyczna, przeciw egzaminowi nie odezwała się ani jedna akademicka medyczna (i chwala im za to), nie oprotestował go żaden autorytet profesorski, liderem uciśnionych w kwestiach czysto kształceniowych stał się związek zawodowy.

Czym jest LEP?

Jest, po pierwsze, **zamknięciem cyklu edukacyjnego, złożonego z dwóch etapów. Kształcenia teoretycznego (studia) i stażu (elementarna praktyka). Wieńczy ten cykl.**

Proszę zważyć, że na wszystkich kierunkach studiów uzyskanie dyplomu wiąże się z tzw. egzaminem magisterskim. Medycynę w Polsce, jak dotąd, ta procedura omijała. Czy z korzyścią? Nie

ma na to dowodów. Staż zaś w wielu krajach jest dwuletni i znacznie poważniej traktowany. LEP zatem wyrównuje jego pewne niedostatki, jeszcze raz u progu kariery zawodowej każe młodemu lekarzowi ogarnąć całość.

Jest, po wtóre, **instrumentem weryfikacji i porównania rzeczywistego poziomu kształcenia medycznego na różnych uczelniach.**

Polska jest pod silnym ciśnieniem biznesu edukacyjnego. Czterokrotny wzrost liczby wyższych uczelni i słuchaczy, przy nie przekraczającym 10 proc. wzroście liczebny kadry oraz powierzchni dydaktycznych sprawił, że poziom kształcenia się obniżył, w wielu wypadkach skandalicznie. Powołanie Państwowej Komisji Akredytacyjnej niczemu nie zapobiegło, a jedynie potwierdziło ten proces.

Akademie medyczne na szczęście to zjawisko ominięło, mimo że minister zdrowia nie opublikował tzw. minimum medycznego. Uczelnie zachowały względnie jednolity program, utrzymały wysoki poziom – i LEP jednoznacznie to potwierdził.

Jest, po trzecie, **barierą przed obniżeniem klasy naszego zawodu. Przed zbagatelizowaniem podczas procesu dydaktycznego tej czy innej dyscypliny medycznej.**

Powtarzam argument ciśnienia biznesu edukacyjnego. LEP to przeszkoda na drodze grawitowania profilu i programu studiów w stronę pogorszenia jakości kształcenia, co stało się udziałem wielu kierunków studiów.

Po czwarte zaś, **LEP, to potwierdzenie klasy zawodowej polskiego lekarza, jego wysokiego standardu, to przepustka do Europy.**

Samorząd lekarski popierając LEP stał na stanowisku przeciwnym bylejakości kształcenia. Chodziło nam o zachowanie wysokiego prestiżu polskiego lekarza. W traktacie akcesyjnym został więc formalnie zapisany i nie ma się czego wstydzić. Jest swoistą gwarancją poziomu polskiej medycyny.

A teraz o krytyce i krytykach LEP-u

Szukanie taniego poklasku przez lidera związku zawodowego na polu edukacji – gdy nie potrafi się go zdobyć na własnym boisku spraw bytowych środowiska (nie przeczę, że trudnych) – jest niczym innym jak swoistą mutacją populizmu. I nic się tu nie da dodać.

Oczywiście zawsze znajdą się ludzie, i będzie ich większość, gotowi do zniesienia matury, egzaminu wstępnego czy końcowego, sprawdzianu (atestu, aplikacji, certyfikatu) w takiej czy innej formie. Tylko że jesteśmy na polu mowym zdrowia człowieka i tu raczej pożądana jest tendencja do zawyżania wymagań, niż ich zaniżania.

Argument, że LEP wydłuży okres bezrobocia stażystów organizatorzy obalili zasługującą na pochwałę sprawnością podania jego wyników w kilka dni po przeprowadzeniu egzaminu.

Rzecz natomiast charakterystyczna, nikt z krytyków nie pokusił się o ocenę merytoryczną pytań; nie zastanawiał się, czy we właściwych proporcjach umieszczono w teście wiedzę z poszczególnych dziedzin medycyny; czy pytania były klarowne, dobrze sformułowane; które dostarczyły egzaminowanym szczególnie trudności itp.

Jeśli coś budzi wątpliwości naprawdę, to jedynie fakt, że ścieżka rankingowa do specjalizacji dla lekarzy uprawiających już zawód jest tu względnej wartości. Po kilku czy nawet kilkunastu latach pracy zdanie tak ogólnego egzaminu jest trudne. Ilu magistrów zdałoby dzisiaj egzamin maturalny ze wszystkich przedmiotów? LEP w niczym też nie uwzględnia predyspozycji oraz posiadanego często doświadczenia zawodowego kwalifikującego do zdobywania takiej a nie innej specjalizacji. I tu bym się zastanawiał, czy LEP-u nie ograniczać do stażystów. Bo ta wspólna pula rodzi pewną dyskredytującą pracujących lekarzy ocenę, mocno fałszywą.

REKLAMA

REKLAMA

Anatomia skargi

Tadeusz Kaczmarek, Jerzy T. Marcinkowski

W Polsce liczba skarg na postępowanie lekarzy rośnie.

Ma to niewątpliwy związek z transformacją ustrojową, która zwiększyła świadomość obywateli o przysługujących im prawach. Postępy nauk medycznych oraz zmiany zachodzące w świadomości społeczeństwa powodują ewolucję relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Przez wieki wykreował się model relacji lekarz-pacjent, który można określić jako „łaskawy paternalizm”, praktycznie wykluczający uczestnictwo pacjenta w procesie podejmowania decyzji odnośnie rodzaju i sposobu jego leczenia. Postęp medycyny, niosący za sobą ryzyko działań ubocznych, uwidocznił wyraźną sprzeczność „łaskawego paternalizmu” z prawem pacjenta do samostanowienia. Wybór metod leczenia, o zróżnicowanym stopniu ryzyka, nie może być podjęty jedynie w oparciu o kompetencje medyczne. Lekarz, wykorzystując swoją wiedzę medyczną, powinien tworzyć okoliczności, w których pacjent z jego pomocą będzie mógł podejmować optymalne decyzje dotyczące własnej osoby, będące fundamentem praw pacjenta.

Funkcjonujący nadal paternalistyczny model relacji lekarz-pacjent, potęgowany asymetrią informacyjną, wynikającą m.in. ze stosowania „żargonu medycznego” i systemu pojęć niezrozumiałych dla przeciętnego pacjenta, stwarza ryzyko nieporozumień, nie tylko odnośnie wyboru metod leczenia, ale także i ryzyka oraz powikłań grożących z tytułu podjęcia określonych działań medycznych.

Medycyna współczesna bywa traktowana jako szczególny rodzaj inżynierii biologicznej, o nieograniczonych wręcz możliwościach, a zobligowanie lekarza do postępowania z należytą starannością często mylone jest przez społeczeństwo z obowiązkiem wyleczenia.

Skargi składane przez pacjentów na lekarzy można podzielić na: a) skargi zależne od postępowania lekarza, b) skargi niezależne od lekarskiego postępowania. Wśród okoliczności zależnych od postępowania lekarskiego chyba największe znaczenie ma nieumiejętność komunikowania się lekarzy z pacjentami i ich rodzinami.

Skargi pacjentów na lekarzy okazują się – po ich rozpatrzeniu przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej – uzasadnione zaledwie w kilkunastu procentach. Rodzi się zatem pytanie, skąd bierze się tak duża liczba skarg nieuzasadnionych i jakie są główne przyczyny ich składania.

Należy przyjąć, że geneza każdej skargi, także nieuzasadnionej, jest poczucie doznanej przez pacjenta krzywdy. Ta krzywda – w odczuciu pacjenta – może oznaczać nie tylko oczywiste, zawinione przez lekarza bądź niezawinione niepowodzenia podjętej terapii, ale także mniej oczywiste i subiektywne „poczucie krzywdy”, wynikające z niespełnionych oczekiwań i nadziei, związanych z postępowaniem medycznym, często wynikających z „medycznej pseudowiedzy” pacjentów.

Ale może również wynikać z niezrozumienia i braku pełnej świadomości ryzyka niepowodzeń postępowania medycznego, na które pacjent wyraził zgodę. Może być

także skutkiem niewłaściwej komunikacji z pacjentem i jego rodziną. W kontaktach z pacjentem lekarz wykorzystuje dwa „kanały oddziaływania”: • postępowanie o charakterze czysto technicznym (diagnostyczne i terapeutyczne), • oddziaływanie na pacjenta „ekspresywne” – na drodze psychologicznej. Wykazano, że dla pacjentów najważniejsze są umiejętności ekspresywne lekarza (50% ankietowanych osób), w 30% sposób informowania chorych przez lekarza, a tylko niecałe 10% ankietowanych pacjentów wskazywało na umiejętności „instrumentalne” lekarza.

Wykazano również, że odnośnie informacji medycznych posiadanych przez pacjentów, dotyczących ich własnej choroby – aż 3/4 ankietowanych nie wiedziało prawie nic o własnej chorobie, a informowanie pacjentów przez lekarzy nt. ich choroby większość ankietowanych uznała za niepełne, przypadkowe i fragmentaryczne. Właśnie brak należytej informacji stanowił główne źródło niezadowolenia i skarg składanych przez pacjentów szpitalnych; pacjenci znacznie częściej uskarżali się na brak informacji (61%) niż na niedostateczną opiekę (23%) lub niewłaściwe leczenie (12%).

Jakość stosunków lekarz-pacjent zależy nie tylko od wiedzy i umiejętności zawodowych lekarza, ale również od jego osobowości. Zależna jest również od osobowości pacjenta, jego wyobrażeń na temat choroby i sposobu jej leczenia, stosunku do choroby i lekarzy, jak i od „modelu” jego komunikacji, zachowań i reakcji emocjonalnych. W kontaktach lekarza

REKLAMA

REKLAMA

z pacjentem ma miejsce specyficzny rodzaj komunikacji i jak podczas każdej wymiany informacji wykorzystujący zarówno komunikację werbalną, czyli komunikaty słowne (zaledwie ok. 7% całej informacji, którą przekazujemy), jak i niewerbalną, czyli tzw. mowę ciała.

W kontaktach lekarz – pacjent zwykle podnosi się sprawę reakcji emocjonalnych pacjenta, natomiast rzadko rozważa się rolę stanów emocjonalnych lekarza. Zakłócenia w efektywnej komunikacji lekarz – pacjent, nieporozumienia i bariery komunikacyjne mogą wynikać nie tylko z niewłaściwego przekazywania pacjentowi informacji, ale mogą być również skutkiem niewłaściwych, emocjonalnych zachowań lekarza.

Lekarz – jako osoba dominująca, tworząca klimat emocjonalny – może wzbudzić u pacjenta odczucia pozytywne, takie jak zaufanie i sympatia oraz negatywne, takie jak lęk, niepokój, ale i złość czy nawet agresja. Pacjenci deklarują znacznie większą satysfakcję z leczenia, kiedy oceniają swoich lekarzy jako empatycznych.

Warunkiem prawdziwego porozumienia między pacjentem i lekarzem jest odrzucenie formuły paternalistycznej i zastąpienie jej formą prawdziwego partnerstwa, opartego na wzajemnym zaufaniu i pełnym porozumieniu, przy użyciu zrozumiałego dla pacjenta języka i systemu pojęć, z pełną tolerancją dla wyznawanego przez pacjenta systemu wartości.

By decyzja pacjenta była w pełni świadoma, informacja przekazywana pacjentowi przez lekarza o proponowanym postępowaniu diagnostycznym i leczniczym musi być dla niego w pełni zrozumiała, przekazywana w atmosferze życzliwej troski o jego dobro. Tylko wówczas pacjent będzie mógł dokonać w pełni świadomego wyboru sposobu leczenia oraz wyrazić zgodę na określone świadczenia medyczne, z pełną świadomością skutków i ryzyka tych działań oraz ewentualnych niepowodzeń terapii.

I pytania na koniec: Czy rejestrowana liczba skarg pacjentów na lekarzy jest rzeczywistym odzwierciedleniem tego obszaru kontaktów lekarz – pacjent, w których pacjent doznaje uczucia krzywdy? Czy każde poczucie krzywdy pacjenta znajduje odzwierciedlenie w złożonej skardze? Pacjenci niechętnie skarżą się na lekarzy do ich korporacyjnych instytucji. A więc może jest też i tak, jak mówił Ciceron w *Mowie przeciw Katylinie*: „Cum tacent, clamant” (Kiedy milczą, krzyczą).

Dr n. med. Tadeusz Kaczmarek – Wlkp. Cent. Med. Pracy w Poznaniu – Ośrodek w Pile; **prof. AM dr hab. med. J. T. Marcinkowski** – z-ca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Wlkp. IL, kierownik Katedry Med. Społ. AM w Poznaniu.

Kształtowanie osobowości lekarza

Stanisław Z. Leszczyński

Dwa czynniki tworzą prawdziwego lekarza: etyka i nauka
W. Szanajch

Lekarz może się odznaczać cechami wymienionymi w pierwszej części artykułu, oczekiwanymi przez społeczeństwo, dzięki adaptacji, mając za wzór np. przełożonego o wysokim poziomie osobowości lub środowisko, w którym przebywa, a także dzięki samodzielnemu ukształtowaniu swej osobowości.

Rola adaptacji

Osoba w środowisku przyjmuje, niezależnie od swej woli, postępowanie i wzór osobowości danej grupy. Kształtowanie osobowości odbywa się poprzez naśladowanie – np. rodziców, dziadków, nauczycieli. Występuje tu dojrzałość gatunkowa prowadząca do ukształtowania osobowości.

Osobowość dostosowana do społeczeństwa jest przez społeczeństwo nagradzana poprzez kariery, uznania, awanse. Oznacza to afirmację rzeczywistości (konformizm). Jest to postawa odtwórcza, nie twórcza (określony algorytm – najlepiej jest postępować tak jak dziadek, ojciec). Efektem jest unifikacja osobowości (podobni są do siebie urzędnicy, politycy). Czynniki dostosowawcze mają większe znaczenie w praktyce niż twórcze (adaptacja szkolna, społeczna, rodzinna). Jednak adaptacja społeczna do zastanych stosunków ma zalety i wady, ponieważ niszczy jednostki utalentowane i dynamiczne.

Przyzwoitość

Jesteśmy, jako lekarze, nierzadko świadkami nieprzyzwoitego zachowania lekarza w stosunku do chorego. Należy jednak odróżnić wyważone opinie na ten temat od krytyki oburzonych „moralistów”, którzy na podstawie pojedynczego przypadku lub tylko plotki potępiają wszystkich. To prowadzi do częstego u nas zwalczania osób przyzwoitych.

Żyjemy w czasach, w których nieprzyzwoitość, jak sądzi prof. Jerzy Je-

dlicki, jest u nas chlebem powszednim. Braki w tym zakresie pojawiają się w okresach wielkich przemian społecznych, w jakich się obecnie znajdujemy. Przemiany te wyzwalały negatywne zachowania się członków społeczeństwa, w którym wielu (również lekarzy) poddanych jest pokusie szybkich zysków lub szybkiego awansu.

Głód prestiżu jest często bardzo silny, co może wyzwalać nie zawsze przyzwoite zachowanie jak np. tak zwany tupet (J. Jedlicki). Redaktor Naczelny „Gazety Lekarskiej” określa przyzwoitość słowami: zwykła ludzka przyzwoitość, która jest stylem, klasą i poczuciem umiaru (Marek Stankiewicz „Angielski pacjent”, „GL” nr 12/2004). Po góralsku mówił o tym piknie ks. Tischner. Nie spotykamy się z nieprzyzwoitością u lekarzy z wykształconą osobowością.

Osobowość

Wśród lekarzy obwinianych o niewłaściwe postępowanie można często zaobserwować niski poziom osobowości, słabe, niedojrzałe jej ukształtowanie.

Z osobowością się nie rodzi i nikt za nas nie może jej ukształtować. Osobowością stajemy się z własnego nadania i z własnego nadania przestajemy być osobowością.

Inni ludzie mogą nam pomóc w kształtowaniu osobowości i wspierać w jej realizacji. Rozwój osobowości nie wynika z nabytej wiedzy ani z doświadczenia zawodowego nabytego w czasie studiów i pracy lekarskiej.

Lekarz, tak jak każdy człowiek, może stać się osobowością naśladowując np. oso-

bowość zwierzchnika (przez adaptację) lub sam, po powzięciu w tym kierunku świadomej decyzji. Można go w tym kierunku inspirować i wspomagać, lecz rozwój jego osobowości zależy tylko od niego samego.

W programach studiów medycznych i ustawicznego kształcenia lekarzy, niestety, nie ma programu dotyczącego rozwoju osobowości, poza niewielkim działem Kodeksu Etyki Lekarskiej. W sytuacji tej studenci i lekarze, zainteresowani tak ważnym, obok nauki, zagadnieniem mogą jedynie naśladować swych wychowawców, jeżeli są oni przykładem osobowości.

Co to jest osobowość?

Na ogół uważa się, że człowiek ma osobowość, jeżeli wyróżnia się ponadprzeciętnymi cechami charakteru i osiągnięciami. Jest to przeważnie jednostka wybitna, która ma głęboki sens swego życia (artystycznego, naukowego, dydaktycznego, a także filozoficznego, politycznego, ekonomicznego i w innych dziedzinach swego zainteresowania). Wymienia się również jako osoby o wybitnej osobowości ludzie rozwijających w sobie takie cechy, które zapewniają uznanie, szczęście i dobrobyt. Nie wszyscy się z tym zgadzają, zwłaszcza nie można tego odnieść do osobowości lekarza.

Zagadnienie osobowości zajmuje wielu naukowców a ostatnio i psychologów. W słowniku psychologicznym W. Szewczuka osobowość to „termin psychologiczny definiowany w wieloraki sposób, często zamiennie używany z terminami: psychika, charakter, ogólna

charakterystyka człowieka” (W. Szewczuk „Podstawy psychologii”, Fundacja Innowacja, Warszawa 2000). Teorie osobowości to hipotetyczne twierdzenia na temat struktury i funkcjonowania indywidualnych osobowości. Definicji osobowości jest jednak wiele i zależą od przyjętej teorii, jak np. behawioryzmu, humanizmu, sytuacjonizmu i innych (W. Pomykało „O mądrości, światopoglądzie i osobowości”, Fundacja Innowacja WSSE, Warszawa 2004).

Najstarszą teorią osobowości jest teoria Hipokratesa – Galena (M. Matraszek „Planowanie i inspiracja przeobrażeń osobowościowych studentów WSSE i jej rezultaty w świetle doświadczeń w Wyższej Szkole Społeczno-Ekonomicznej w Warszawie w latach 1996-2002”. Praca magisterska. Warszawa 2002), którzy opisali związki między krwią, flegmą oraz żółcią a zachowaniem człowieka (np. choleryk, flegmatyk). Według polskiej szkoły osobowość, niezależnie od definicji, kształtuje się w procesie rozwoju, w warunkach życia społecznego. U podstaw rozwijającej się osobowości nie tkwią żadne swoiste wewnętrzne, autonomiczne siły. Osobowość jest związana z działalnością jednostki, reguluje stosunki jednostki z otaczającym światem, zwłaszcza ze środowiskiem społecznym, tj. z innymi ludźmi.

Według W. Szewczuka „Osobowość jest to ta struktura w obrębie życia psychicznego człowieka, która umożliwia świadomy sposób istnienia, kierowanie swoim życiem i regulowanie współżycia z innymi”. Strukturę osobowości tworzą jej podstruktury:

- samoświadomość,
- plan życiowy,
- charakter,
- światopogląd.

Osobowość to pewna całość, której poszczególne części składowe (podstruktury) pozostają ze sobą we wzajemnej zależności. Usunięcie którejkolwiek części jest równoznaczne z rozpadem całej struktury. W praktyce oznacza to, że osobowości nie będzie, jeśli zabraknie samoświadomości, światopoglądu, planu życiowego bądź właściwego charakteru.

1. Samoświadomość

Człowiek ma świadomość swego istnienia, czyli samoświadomość, która kształtuje się w toku zdobywania wiedzy o sobie (początek w 3-4 roku życia). Jeśli umie być samokrytyczny i obiektywnie korygować własną ocenę, jeśli

umie kreować siebie w pożądanym kierunku, wtedy ma zaawansowaną samoświadomość.

2. Plan i program życiowy

Dzięki aktywności powstaje plan i program życiowy. Część osób żyje tylko z planem krótkoterminowym. Z planem życiowym łączy się program życiowy – realizacja planu.

3. Charakter

Jest to zespół sposobów postępowania człowieka, stosunek do ludzi i do siebie. Silny charakter nie zraża się niepowodzeniami, podejmuje próby osiągnięcia celu.

4. Światopogląd

Jest to bardzo ważna podstruktura, która powstaje samorzutnie, w środowisku rodzinnym, szkole, pod wpływem środków masowego przekazu.

Pomykało rozwinął strukturę osobowości o kolejne dwie podstruktury:

5. minimum uspołecznienia i

6. wartości i ich hierarchia.

Minimum uspołecznienia to bezinteresowna życzliwość, świadczenia na rzecz wspólnoty (rodzinnej, lokalnej, zawodowej, narodowej i społeczeństwa globalnego).

Wartości rozpatrujemy w kategoriach dobra lub zła, piękna lub brzydoty, skuteczności i nieskuteczności, mądrości i głupoty. Ważne jest to, co stanowi dla człowieka wartość, co jest na szczycie najcenniejszych rzeczy czy zjawisk: jak np. Bóg, rodzina, przyjaźń, ojczyzna. Jedną z naczelnych wartości jest rodzina, której ze względu na jej wpływ na „osobowość” chcę poświęcić parę zdań.

Rodzina i wspólnota

Rodzina nie jest zwykłym związkiem, jest wspólnotą, z którą się łączy życzliwość, bezinteresowność, przyjaźń. Kryzys powstaje w życiu rodziny na różnym tle, np. gdy brakuje wzajemnej miłości, gdy jedna strona nastawiona jest na sukces lub na cele materialne, gdy nie ma wspólnoty. Pogłębia się depresja, zanika wspólnotowy charakter rodziny. Rodzina staje się zespołem nieżyczliwych, a nawet wrogo do siebie nastawionych osób. Gdy brak dobra, życzliwości, miłości, to życie rodzinne jest szare.

Brak wspólnoty odbija się na osobowości dzieci, które kopiują zachowanie rodziców, są dobrymi obserwatorami, mają „radar” nastawiony na rodziców, nie na ich morały, nauki itd., lecz

na pozornie mało uzewnętrznione dążenia materialne, ambicje. Rodzina, w której jest wspólnota, jest szczęściem pedagogicznym dla dzieci. Nic nie może zastąpić takiej rodziny, w której panuje bezinteresowność, życzliwość, przyjaźń i miłość. To ma wpływ nie tylko na dzieci, lecz również na społeczeństwo, w tym również na środowisko zawodowe.

Najważniejszy aspekt stosunków między rodzicami i dziećmi, to kształtowanie osobowości dziecka. W rodzinie powstaje inspiracja osobowości. Należymy do gatunku, gdzie dziecko najdłużej dojrzewa, dlatego rodzice powinni poświęcić dziecku dużo uwagi.

Uczelnia

W naszych warunkach jest to pakowanie wiedzy, ale bez równoczesnego kształcenia osobowości i bez inspiracji w tym kierunku. W przebiegu studiów medycznych powinno być miejsce na zdobywanie wiedzy zintegrowanej z poglądem na świat i z nauką jak być osobowością, jak świadomie kierować swym życiem z powiązaniem dobra chorych i narodu. Przy braku „osobowości” łatwiej rodzi się zło, życie przebiega na niższym poziomie duchowym i częściej występuje lekceważenie dobra chorego.

Z licznych rozmów przeprowadzonych z obwinionymi lekarzami, których przekroczenie etyczne w stosunku do chorego było wyraźne, wynikało, że brakowało u nich cech osobowości. U niektórych z tych lekarzy znajomość Kodeksu Etyki Lekarskiej była nawet dość dobra, nie miało to jednak odbicia w ich postępowaniu.

Wnioski

Normy moralne obowiązujące lekarza, ujęte w KEL, są podstawą kontraktu między lekarzem a społeczeństwem, w którym dobro chorego powinno być postawione ponad dobro lekarza. Społeczeństwo oczekuje od lekarza większej troski i zaangażowania. Cechy te występują u lekarzy z wykształconą osobowością. Natomiast lekceważenie dobra chorego częściej obserwujemy u lekarzy z brakiem osobowości lub niedojrzałym jej ukształtowaniem. W programie studiów medycznych i ciągłego kształcenia lekarzy, obok dotychczasowych zajęć, powinno się wprowadzić również program rozwoju osobowości.

Dziedzictwo służby zdrowia

Ewa – Anna Myśliwiec

Popieram obywatelską inicjatywę utworzenia Muzeum Historii Medycyny na terenie i w budynkach po byłym Szpitalu Ujazdowskim w Warszawie.

Historyczna rola powstania i dziejów tego szpitala w pełni na to zasługuje. W czasie kampanii wrześniowej 1939 r., korzystając z dogodnej sytuacji na froncie po bitwie nad Bzurą, ewakuujący się Szpital Okręgowy nr 5, wchodzący w skład Armii „Poznań”, pod komendą szefa sanitarnego Armii „Poznań” płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego, wkroczył do opustoszałej, ale wciąż jeszcze bombardowanej Warszawy i zajął budynki Centrum Wyszkożenia Sanitarnego WP (CWS-an), znajdujące się w Ujazdowie. Zorganizowano szpital udzielający pomocy rannym i chorym obrońcom Warszawy i ludności cywilnej oraz jeńcom.

Personel szpitala stanowili głównie lekarze i pielęgniarki przybyli z Poznania, wkrótce do nich dołączyli lekarze i pielęgniarki z innych szpitali wojskowych.

Po wkroczeniu do Warszawy wojsk niemieckich płk prof. dr Teofil Kucharski rozpoczął negocjacje z komendą Wehrmachtu w sprawie przestrzegania zasad Konwencji Genewskiej dotyczących szpitali, by Okręgowy Szpital nr 5 został przemianowany na Ujazdowski i uzyskał wraz ze Szpitalem Okręgowym nr 1, Szpitalem Maltańskim oraz Szpitalem Okręgowym PCK im. J. Piłsudskiego – status szpitala wojennego.

Szefem sanitarnym polskich szpitali wojskowych mianowany został płk prof. dr Teofil Kucharski. Przez 6 miesięcy wojskowy personel szpitali mógł nosić mundury, zachować zwyczaje i regulaminy obowiązujące w Wojsku Polskim. Była to niezwykła okazja, którą wykorzystano. Otoczona i pilnowana przez Niemców, powstała Rzeczpospolita Ujazdowska, będąca wzorem niezwykłego patriotyzmu i polskości.

Teren Szpitala Ujazdowskiego (obecnie Ujazdów) graniczył od zachodu z

Parkiem Ujazdowskim, od wschodu z Parkiem Sobieskiego. Północną granicę wytyczały ulice: Piękna, Piusa XI, Górnośląska, a południową rubież stanowiła Agrykola. Na terenie tym znajdowało się ok. 30 obiektów należących do Szpitala Ujazdowskiego, w tym również Zamek Ujazdowski. W kwietniu 1940 Szpital Ujazdowski otrzymał status Szpitala Miejskiego, którego dyrektorem został płk lek. Leon Strehl (późniejszy szef sanitarny Komendy Głównej AK), a prof. Teofil Kucharski kierownikiem naukowym oddziałów wewnętrznych.

Szpitala te zarówno w kampanii wrześniowej, jak i w następnych latach udzielały specjalistycznej pomocy medycznej osobom wojskowym, ludności cywilnej, a także jeńcom wojennym. Obsadę lekarską nadal stanowili głównie lekarze wojskowi, często posiadający tytuły naukowe, co pozwoliło im czynnie włączyć się w podziemną działalność naukową i dydaktyczną. W porozumieniu z działającym w podziemiu Uniwersytetem Warszawskim zorganizowano Uniwersytet Ziemi Zachodnich, w którym kształcili się przyszli lekarze. Kierownictwo naukowe tajnego nauczania studentów medycyny prowadził w latach okupacji prof. Teofil Kucharski współdziałając m.in. z profesorami A. Wrzosem, J. Szmurło, E. Lothem, W. Zawadowskim.

Prawie cały personel szpitala był zaangażowany w działalność konspiracyjną Armii Krajowej zabezpieczając medycznie akcje zbrojne AK, ukrywając osoby poszukiwane przez Niemców, przygotowując się do zadań związanych z planowaną walką zbrojną (Powstaniem Warszawskim).

Powstanie Warszawskie zapisało najbardziej dramatyczną kartę w dziejach Szpitala Ujazdowskiego. Ostrzeliwany przez Niemców personel udzielał pomo-

cy medycznej powstańcom, ludności cywilnej i jeńcom.

6 sierpnia 1944 r. ponownie komendant Szpitala Ujazdowskiego płk prof. Kucharski otrzymał kategoryczny rozkaz opuszczenia Ujazdowa i wymarszu na stadion jeździecki na Służewcu. Obawiając się całkowitej likwidacji chorych, rannych oraz personelu szpitala (było to ponad 1000 osób), komendant rozpoczął ewakuację do szpitala na ul. Chełmską, gdzie ponownie zorganizowano Szpital Powstańczy. Szpital ten był wielokrotnie, pomimo oznakowań, bombardowany i ostrzeliwany. W tej sytuacji zarządzono ponowną ewakuację. Część szpitala przeniesiono na Mokotów i Sadybę, pozostały personel rozwinął szpital przy ul. Pułaskiego 91.

Gehenna związana z ewakuacją Szpitala Ujazdowskiego, pobyt w obozach przejściowych w Milanówku i Pruszkowie oraz przejazd-ewakuacja do Krakowa, to utracone życie i zdrowie setek osób personelu szpitala oraz jego pacjentów.

W 1947 r. sam już ciężko chory prof. Teofil Kucharski wystąpił do MON-u o nadanie Szpitalowi Ujazdowskiemu jako polskiej i wojennej instytucji Orderu Virtuti Militari lub Krzyża Grunwaldzkiego, a do dnia dzisiejszego nie ma żadnej odpowiedzi! Profesor zmarł w 1955 r. jako czynny do końca lekarz w Cieplicach-Zdroju.

Utworzenie Muzeum Historii Medycyny na terenie b. Szpitala Ujazdowskiego oraz w jego budynkach byłoby dowodem pamięci i wdzięczności społeczeństwa oraz prezydenta i samorządu miasta Warszawy dla zasług i roli jaką dla tego miasta spełnił Szpital Ujazdowski.

Autorka, lek. med. Ewa – Anna Myśliwiec z d. Kucharska, jest wnuczką płk. prof. dr. Teofila Kucharskiego

Pozostała pamięć i ślad na ziemi

W dn. 10-20 października 2003 r. Związek Kombatantów Rzeczypospolitej i Byłych Więźniów Politycznych – Zarząd Wojewódzki we Wrocławiu i Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu patronowali wystawie poświęconej Polskiemu Szpitalowi Wojskowemu w Zeithain.

Dzięki uprzejmości prof. Andrzeja Steciwki wystawa znalazła miejsce w kierowanej przez niego Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej we Wrocławiu.

Działania bojowe Powstania Warszawskiego ustały 2 października 1944 r. Szef sanitarny Komendy Głównej AK płk dr Leon Strehl wydał rozkazy organizacyjne dla szpitali, które zostały zmuszone do opuszczenia Warszawy, podobnie jak cała ludność stolicy. Część rannych i chorych została ewakuowana przez Polski Czerwony Krzyż do najbliższych szpitali w okolicy Warszawy, a do obozów jenieckich na terenie Niemiec skierowano trzy transporty. Pierwszy – około trzystu rannych i chorych – znalazły się w Altengrabow koło Magdeburga. Jego kierownikiem był mjr dr Szczepan Wacek. Drugi – ok. dwustu pięćdziesięciu rannych i chorych – skierowano do Zeithain. Kierownikiem transportu był por. dr Stanisław Bayer. W Łodzi transport przejęło gestapo i skierowało go do obozu koncentracyjnego w Radogoszczu (pod Łodzią). Po trzech dniach usilnych starań dr Bayera, u władz sanitarnych Wehrmachtu, transport wyruszył do Ze-

ithain. I wreszcie trzecia grupa – ok. siedmuset rannych i chorych – szczęśliwie dotarła 11 października 1944 r. do miejsca przeznaczenia, do Stalagu IV B Mühlberg w Zeithain koło Drezna. Transportem kierował płk dr Leon Strehl, a zastępował go ppłk dr Tadeusz Bętkowski.

W szpitalu przebywało łącznie 1572 jeńców internowanych (rodziny lekarskie) – 862 mężczyzn i 710 kobiet (wg głównej księgi chorych w szpitalu leczono 1029 rannych i chorych (772 mężczyzn i 257 kobiet). Pracowało w nim 58 lekarzy wszystkich specjalności, 5 lekarzy stomatologów, 5 magistrów farmacji, 58 pielęgniarek dyplomowanych, 110 sanitariuszek i 10 studentów medycyny oraz 60 pracowników administracyjnych: kuchnia, pralnia, warsztaty naprawcze itp.

Szpital miał własną salę operacyjną, pracownię RTG, laboratorium analityczne, aptekę, warsztat techniki medycznej, krawiecki, szewski, kuchnię i pralnię. Wszystkie urządzenia przywieziono z Warszawy.

Naczelnym chirurgiem był ppłk Tadeusz Bętkowski, a konsultantem ortopedą mjr Michał Grobelski. Zabiegi

operacyjne wykonywane były na sali operacyjnej, której urządzenie, jak już wspomniałem, przywieziono z Warszawy. Jak na warunki drewnianego baraku, sala operacyjna była wzorowo czysta i nie odnotowano przypadku powikłań wskutek niedostatecznej jałowości operacji. Dr Bętkowski był znakomitym operatorem. Wkrótce niemieccy chirurdzy z Drezna przyjeżdżali i podziwiali jego mistrzostwo.

W szpitalu urodziło się 13 zdrowych dzieci. Zmarło natomiast 46 rannych i chorych (29 rannych powstańców, 6 osób personelu, 6 żołnierzy z 1939 r., 3 partyzantów słowackich, 1 dziecko repatriantów i 1 sanitariuszka zastrzelona przez strażnika z wieżyczki strażniczej).

W szpitalu działało duszpasterstwo. Kapłanem był ksiądz Albin Jakubczak, który udzielił kilku ślubów, ochrzcił narodzone dzieci i odprowadził na wieczny spoczynek wszystkich zmarłych. Od pierwszych dni działał chór mieszany, chór rewelersów, teatrzyk kabaretowy. Z przemyconego do obozu radia pochodziły codzienne wiadomości o sytuacji na frontach. Rzecz niesłychana... przemycono kilka psów, ale po pewnym cza-

REKLAMA

REKLAMA

się wszystkie zostały zabrane i zapewne stracone poza jednym, państwa Bętkowskich, który wrócił po kilku dniach i przedostał się pod drutami.

Sąsiadami polskiego szpitala były: szpital radziecki – wielotysięczny i szpital włoski (partyzanci i żołnierze, którzy nie złożyli przysięgi po przewrocie marszałka Badoglio) oraz przez pewien czas oddział TBO żołnierzy polskich z 1939 r. W dniach paniki frontowej – 21 i 22 kwietnia 1945 r. – szpital polski przejął opiekę nad wymienionymi szpitalami pozbawionymi opieki medycznej.

23 kwietnia szpital został uwolniony i włączony do szpitala Armii Czerwonej jako Polski Oddział „Gospitola Leontiewa”. W kilku transportach do kraju wróciła większość ozdrowieńców. Dr Kazimierz Bartenbach zawiózł transportem naszej II Armii do sanatorium w Wysokiej Łące 15 chorych na gruźlicę. Ostatni transport wyruszył do kraju 10 sierpnia i został ulokowany w Toruniu jako szpital PCK. Do marca 1946 chorzy byli stopniowo wypisywani lub przekazywani do innych szpitali. W marcu 1946 r. szpital zakończył działalność.

Po wojnie następujący lekarze szpitala w Zeithain uzyskali stopnie i tytuły naukowe: doc. Stanisław Manczarski – profesor anatomopatologii i rektor AM w Gdańsku, dr Janina Krzyżanowska – prof. interny w Gdańsku, dr Tadeusz Gerwel – docent otolaryngologii w Poznaniu (pracował w Gdyni), dr Czesław Gerwel – prof. biologii w Poznaniu, dr Tadeusz Bętkowski – doc. chirurgii w WAM w Warszawie, student Wacław Sitkowski – prof. kardiologii w Warszawie, dr Florian Nowacki – prof. urologii we Wrocławiu, dr Adam Pacyński – prof. interny i higieny we Wrocławiu, doc. Witold Cybalski – prof. stomatologii w Belgii, student Antoni Aroński – prof. anestezjologii we Wrocławiu, student Stanisław Kowalski (Iwankiewicz) – prof. otolaryngologii i rektor AM we Wrocławiu.

Na Dolnym Śląsku pracowali następujący lekarze z Zeithain: dr Stanisław Bayer, chirurg i dyrektor szpitala w Jaworze, dr Marian Kwiatkowski, otolaryngolog, ordynator w Szpitalu im. Bałbińskiego we Wrocławiu, dr Jan Durko, otolaryngolog w przychodni we Wrocławiu, dr Mieczysław Zieliński, ginekolog w szpitalu w Jaworze, dr Kazimierz Dzik, chirurg w szpitalu w Bolesławcu, dr Michał Jagodowski, internista w Karpaczu, dr Kazimierz Bartenbach, w sanatorium gruźliczym w Wysokiej Łące.

Niechaj ten artykuł będzie kolejnym hołdem dla wszystkich lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszek, aptekarzy, pracowników administracji i personelu gospodarczego, którzy z takim zaangażowaniem i poświęceniem pracowali ochotniczo na wyznaczonych stanowiskach, zgodnie z najlepszymi zasadami etyki lekarskiej, pielęgniarzkiej i patriotycznej.

I na zakończenie. W Zeithain pozostali zmarli.

Od 1998 r. jestem w kontakcie z fundacją Stiftung Sächsische Gedenkstätten zur Erinnerung die opfen politischer Gewaltherrschaft. Fundacji tej przekazałem moje dokumenty i fotografie z Zeithain. Dzięki temu można było już na początku 1999 r., w zbudowanym domku i zrekonstruowanym baraku jenieckim, otworzyć Muzeum Jeńców Polskich. Jego opiekunem i pracownikiem są dr med. Gustav Bekker i historyk Jens Nagel.

Od kilku lat trwały poszukiwania cmentarza polskiego w Zeithain-Jacobstal. Wcześniej nie było to możliwe, bo do 1990 r. był to poligon wojsk radzieckich. Teren został zaorany i dopiero nasze starania wsparte przez księdza Bogumiła Kościeszę – byłego jeńca z Zeithain, który odnalazł amerykańską lotniczą dokumentację fotograficzną z czasów wojny – umożliwiły odnalezienie cmentarza i pozwoliły w maju br. na ekshumację szczątków zmarłych.

W dn. 28-31 sierpnia 2002 r. na cmentarzu wojskowym w Neuburxdorf uroczyście odsłonięto pomnik i tablicę poświęconą żołnierzom polskim z 1939 r. oraz powstańcom warszawskim. 30 lipca 2004 r. pochowano szczątki w kwaterze polskiej tegoż cmentarza, a 9 i 10 października odbyły się uroczystości związane z rocznicą Powstania Warszawskiego: sesja naukowa, akademie w gmachu ratusza, msza św. na cmentarzu, odsłonięcie tablicy z nazwiskami zmarłych, apel poległych.

Były delegacje Wojska Polskiego, Bundeswehry, ambasady polskiej w Berlinie, księża katoliccy: polski Bogumił Kościeszę i niemiecki z Mühlberg, miejscowe władze, a także młodzież niemiecka i polska z Nakła, przedstawiciele Westerplaczyków, a z Warszawy dwie kombatantki i trzech kombatantów, byłych jeńców.

Stanisław Iwankiewicz

„Medium”, listopad 2004 r.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Szkolenia w 2005 r.:

- 11-14.01., 29.03-1.04., 10-13.05., 21-24.06. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 17-18.01., 20-21.06. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 24-28.01., 30.05-3.06. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA - kurs podstawowy*
- 25-28.01., 12-15.04., 31.5-3.06. *Diagnostyka USG narządów małych powierzchniowo leżących (ślinianki, gruczoł piersiowy, tarczycza)*
- 14-16.02., 20-22.06. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA - kurs doskonalący*
- 22-25.02., 19-22.04., 14-17.06. *Diagnostyka USG gruczołu piersiowego*
- 4-5.04., 20-21.06. *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- 25-26.04. *Interpretacja zapisu EKG u dzieci*
- 22-24.06. *Diagnostyka echokardiograficzna w pediatrii*

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. (0-71) 348-39-66 lub 0-606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, http://www.usg.neostrada.pl/

- 15.01.2005 r. Warszawa. Teatr Polski, ul. Karasia 2, godz. 8.30-16.00. II Ogólnopolska Konferencja Atestacyjna Badań i Terapii **Cukrzyca: Postępy w diabetologii światowej za 2004 r., postępy w kardiadiabetologii, farmakoterapii nadciśnienia tętniczego u chorych z cukrzycą oraz zmiany w rekomendacjach na rok 2005**. Organizatorzy zapraszają lekarzy diabetologów i wszystkich lekarzy zainteresowanych cukrzycą. Udział bezpłatny. Punkty edukacyjne.

- 22.01.2005 r., 19.03.2005 r. Warszawa. Zakład Fizjopatologii Oddychania Instytutu Gruźlicy, ul. Płocka 26. Szkolenie: **Spirometria – zasady prawidłowego wykonania i interpretacji wyników**. 5 punktów edukacyjnych. Koszt 300 PLN od osoby. Informacje: tel. (0-22) 431-22-23, e-mail: fizpat@igichp.edu.pl

Esdent Dental Equipment. Szkolenia dla lekarzy **dentystów w 2005 r.:**

- 29-30.01. *Zajęcia warsztatowe z ergonomii pracy*
- 5.02. *Fizjoterapia, profilaktyka i leczenie skutków pracy statycznej i monotypii ruchowej u lekarzy dentystów. Zajęcia warsztatowe. Psychologia stosowana w praktyce dentystycznej. Od uznania pacjentów po sukces finansowy. Stres zawodowy w pracy lekarza dentysty i asysty*
- 12.02. *Pedodoncja w praktyce. Postępowanie profilaktyczno-lecznicze u dzieci z grup wysokiego ryzyka próchnicy. Odbudowa zębów stałych i mlecznych po urazach. Postępowanie endodontyczne w przypadku zębów stałych z niedotworzonym wierzchołkiem*
- 19.02. *Periodontologia praktyczna. Sukces z periodontologią w gabinecie stomatologii ogólnej. Doświadczenia i wskazówki praktyka*

- 12.03. *Implantologia dla początkujących. Warunki jakie powinien spełniać lekarz, personel i gabinet. Popelniane błędy, selekcja pacjentów, diagnostyka i postępowanie kliniczne. Kurs podstawowy*
- 19.03. *Powikłania i trudne przypadki w endodoncji. Mikroskop, budowa i zastosowanie podczas leczenia endodontycznego*
- 2.04. *Jak w łatwy sposób radzić sobie z problemem dysfunkcji narządu żucia w ogólnej (nieszpecialistycznej) praktyce stomatologicznej. Rozpoznanie i leczenie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia. Czynnościowe aspekty leczenia protetycznego. Badanie pacjenta, diagnoza, plan leczenia. Kurs podstawowy*
- 23-24.04. *Perioprotyka i korony teleskopowe. Kurs praktyczny*
- 7.05. *Endodoncja praktyczna. Kwalifikacja zębów do leczenia endo. Techniki opracowania i wypełniania kanałów. Zastosowanie lasera w endo. Pomoce optyczne w endodoncji. Radiologia i farmakologia w endodoncji. Dokumentacja zabiegowa. Powikłania i trudne przypadki*
- 14.05. *Co nowego w kariologii? Rewolucja w leczeniu próchnicy zębów. Czy każdy ubytek jest wskazaniem do jego opracowania i założenia wypełnienia? Przedłużyć trwałość wypełnienia? Jak postępować z pacjentami wysokiego ryzyka próchnicy? DIAGNodent i HealOzone w stomatologii*
- 04.06. *Odbudowa zębów bocznych wypełnieniami typu inlay/onlay*
- 25.06. *Endodoncja praktyczna - zasady mikrochirurgii endodontycznej, instrumentarium, praktyczne wskazówki*

Uczestnictwo należy potwierdzić telefonicznie: (0-71) 353-83-51 lub 354-02-17.

- 7-11.02.2005 r. Bielsko-Biała. Szkolenie kończące się państwowym egzaminem na uprawnienia inspektorów ochrony radiologicznej w pracowniach RTG stosujących aparaty rentgenowskie o energii promieniowania do 300 keV w celach medycznych (zgodnie z Dz. U. nr 188/2003, poz. 1847). Informacje: tel. 601-83-98-71, tel./fax (0-61) 830-16-23, www.ekoatom.pl

- 25-26.02.2005 r. Kraków. Konferencja Naukowa Polsko-Amerykańskiego Instytutu **Pediatrii** Wydziału Lekarskiego UJ i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie: Spotkania Kliniczne Chirurgów Dziecięcych z Pediatrami. Organizatorzy zapraszają lekarzy **pediatrów, chirurgów dziecięcych, rehabilitantów, pielęgniarki i dietetyków**. Potwierdzenie uczestnictwa w przyznanych punktami edukacyjnymi i streszczenia przedstawionych prezentacji. Informacje i zgłoszenia: www.spotkania-chir-ped.org, e-mail: biuro@spotkania-chir-ped.org

- 26.02.2005 r. Warszawa. Sala Konferencyjna Novotelu przy ul. 1 Sierpnia 1, godz. 10.00. Oddział Warszawsko-Otowski Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego organizuje I sesję drugiej edycji Szkoły Pneumonologii: Gruźlica. Wstęp bezpłatny. Uczestnicy otrzymają punkty

edukacyjne. Informacje: Tadeusz M. Zielonka, tel. 0-501-143-324, zielonka@am-waw.edu.pl, Sekretariat Oddziału PTFP, ul. Pasteura 10, 02-093 Warszawa, tel. (0-22) 822-30-71 w. 106, fax 822-12-24.

- 4-5.03.2005 r. Łódź. IV Łódzkie Warsztaty Szkoleniowo-Naukowe w **Psychogeriatric: Postępy neuropsychofarmakoterapii chorób wieku podeszłego**. Sesje poświęcone: leczeniu przewlekłej schizofrenii, leczeniu zaburzeń psychicznych u chorych w wieku podeszłym leczonych kardiologicznie, leczeniu ostrych przebiegających z parkinsonizmem, zastosowanie elektrowstrząsów u chorych w wieku podeszłym. Zainteresowani przedstawieniem doniesień ustnych (15-20 min.) związanych ściśle z wiodącymi tematami Warsztatów proszeni są o kontakt (iklosz@csk.am.lodz.pl lub tmsobow@csk.am.lodz.pl). Zgłoszenia uczestnictwa (obejmujące koszty uczestnictwa, obiad, bankiet, materiały): I termin - 100 PLN do 31.01.2005 r., II termin - 120 PLN do 15.02.2005 r., z adnotacją: Warsztaty psychogeriatryczne, na konto: Stowarzyszenie Przyjaciół Centralnego Szpitala Klinicznego, 92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10; PKO BP S.A. III O/Łódź, ul. Piłsudskiego 153 Nr 63102033780000100200112284. Miejsce obrad: Centrum Szkoleniowo-Konferencyjne UŁ, ul. Kopcińskiego 16/18. Noclegi we własnym zakresie: możliwa rezerwacja w miejscu obrad (ceny: pojedynczy pokój 110-130 PLN; dwuosobowy: 170-200 PLN), tel. (0-42) 635-54-90. Za udział przewidziane są punkty edukacyjne. Uwaga! W czasie Warsztatów odbędzie się zebranie członków Sekcji Psychogeriatric i Choroby Alzheimerera PTP. Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego dr hab. n. med. Iwona Kłoszewska. Informacje: Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego & Zaburzeń Psychotycznych, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: (0-42) 675-73-72, fax (0-42) 675-77-29.

- 11-13.03.2005 r. Krynica Zdrój. II Międzynarodowy Interdyscyplinarny Kongres Naukowy w ramach **Dekady Kości i Stawów WHO: Współczesne możliwości uzdrowiskowego leczenia schorzeń i urazów narządu ruchu**. Pod patronatem 5 towarzystw naukowych. 20 punktów edukacyjnych. Publikacje wystąpię w czasopiśmie posiadających 3 do 5 pkt KBN. Informacje i zgłoszenia: Komitet Organizacyjny Kongresu, przewodniczący dr n. med. Wiesław Tomaszewski, z-ca przewodniczącego dr n. med. Dariusz Białoszewski, ul. Marymoncka 34, skr. 23, 01-813 Warszawa, tel./fax. (0-22) 834-67-72, 834-04-31, wew. 404, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl

- Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** w ośrodku szkoleniowym na terenie WPN w Puszczykowie k. Poznania w 2005 r.:
- 10-13.03. *Ultrasonografia dopplerowska* – podstawowy
- 18-20.03. *Echokardiografia* – doskonalący

- **8-10.04. Narządy powierzchowne szyi – tarczycy, węzły chłonne, krtań, ślinianki**
- **14-17.04. Gruczoł piersiowy** – podstawowy
- **21-24.04. Echokardiografia** – podstawowy
- **12-15.05. Jama brzuszna-podstawowy**
- **19-21.05. Ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych** – doskonalący
- **27-29.05. Gruczoł piersiowy** – doskonalący
- **3-5.06. Ultrasonografia w pediatrii**
- **9-12.06. Ultrasonografia narządu ruchu**
Szkolenia dają prawo do punktów edukacyjnych izby lekarskiej i TIP. Szkolenia dopplerowskie są obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii naczyniowej. Konto: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, 62-050 Mosina, ul. Świerkowa 23, tel./fax (0-61) 819-25-00, tel. kom. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl
- **18-20.04.2005 r. Rzeszów. Kurs: Diagnostyka i leczenie urazów narządu ruchu u dzieci i młodzieży.** Liczba uczestników ograniczona do 15 osób. Opłata 450 PLN. Wpłaty do 31.03.2005 r. na konto: Fundacja „Prosto w przyszłość”, Bank PKO S.A. II O/Rzeszów Nr 2612402614111000039 703578. Zgłoszenia: dr hab. med. prof. UR Sławomir Snela. Oddział Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej, Szpital Wojewódzki nr 2, ul. Lwowska 60, 35 – 301 Rzeszów, tel./fax: (0-17) 866-41-11, tel. (0-17) 866-41-98, e-mail: ssnela@szpital2.rzeszow.pl, www.ekonferencje.pl/rzeszow-kurs2005
- **21-24.04.2005 r. Bydgoszcz. Sympozjum Naukowe Dekada Kości i Stawów 2000-2010. Rok Piąty.** Zgłoszenia: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. dr. A. Jurasza AM w Bydgoszczy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz.
- **11-13.05.2005 r. Bydgoszcz-Pieczyska. XXII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Ortopedów WP. Jubileusz 20-lecia Kliniki Chirurgii Urazowej i Ortopedii 10WSKzP: Zastosowanie biomateriałów i przeszczepów tkankowych w leczeniu ubytków kości.** Nr konta: Stowarzyszenie na Rzecz Paraplegii i Tetraplegii „Błękitna Pantera” 18106000760000330000298704, z dopiskiem „Konferencja Ortopedów WP”. Informacje: Klinika Chirurgii Urazowej i Ortopedii 10WSKzP SP ZOZ Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-915 Bydgoszcz, tel./fax (0-52) 377-31-00, 378-44-75, e-mail: konfer_ortoped@10wsk.mil.pl, http://www.10wsk.mil.pl
- **12-14.05.2005 r. Katowice. XIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Foniatrycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów-Chirurgów Głowy i Szyi.** Bierne uczestnictwo 10 punktów edukacyjnych, wygłoszenie referatu 40 punktów edukacyjnych, wygłoszenie referatu na zaproszenie 50 punktów edukacyjnych. Informacje: Katedra i Klinika Laryngologii ŚIAM, ul. Francuska 20,

40-027 Katowice, tel. (0-32) 256-43-09, fax (0-32) 256-29-96, e-mail: laryngologia@spskm.katowice.pl

- **17-20.05.2005 r. Kazimierz Dolny. VII Międzynarodowe Sympozjum Katedry i Zakładu Biologii i Parazytologii Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie i Komitetu Zoologii PAN: Stawonogi pasożytnicze, alergogenne i jadowite – znaczenie medyczne i sanitarne.** Termin nadsyłania streszczeń i pełnych prac upływa 12.03.2005 r. Informacje: Katedra i Zakład Biologii Parazytologii Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, tel./fax (0-81) 532-90-51, e-mail: monikas@panceum.am.lublin.pl
- **20.05.2005 r. Katowice-Ochojec. Biomechanika w implantologii IV.** Zgłoszenia: Górnośląskie Centrum Medyczne, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 7 Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu ŚIAM, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice-Ochojec, tel./fax 202-99-32, Sekretariat czynny w godz. 8.00-14.00.
- **19-21.05.2005 r. Teatr Dramatyczny im. J. Szaniawskiego w Płocku. XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej: Nowotwory jelita grubego.** Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr n. med. Włodzimierz Nowatorski
- **2-4.06.2005 r. Poznań. XIV Dni Otolaryngologii Dziecięcej.** Informacje: http://www.bokiz.am.poznan.pl/pspo2005, Biuro Organizacji Konferencji i Zjazdów Fundacji AM, ul. Płowiecka 11, 60-277 Poznań, tel./fax 66-21-120, e-mail: bokiz@osteoplant.com.pl
- **8-11.09.2005 r. Jachranka k/Warszawy. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii oraz Stowarzyszenie Zdrowe Płuca** organizują VIII Konferencję Naukowo-Szkoleniową: *Obturatoria dróg oddechowych - astma i POChP. Epidemiologia, rozpoznawanie, leczenie i profilaktyka w wielonarządowych schorzeniach alergicznych oraz obturacyjnych układu oddechowego u dorosłych i u dzieci.* Za udział 30 punktów edukacyjnych. Koszt uczestnictwa 200 zł. Informacje: Sekretariat Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa, tel. (0-22) 599-25-62, 599-10-69, fax (0-22) 599-15-60, 599-15-61, www.astma.prv.pl, e-mail: kchwp@amwaw.edu.pl
- **22-25.09.2005 r. Kraków. XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.** Informacje: http://www.metabol.cm-uj.krakow.pl, tel. (0-12) 424-83-31, 424-83-01, fax (0-12) 421-97-86, e-mail: mmsierad@cyf-kr.edu.pl

opr.(u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydział Lekarski AM w GDAŃSKU rocznik 1955-1960

Zjazd koleżeński w dn. 20-22 maja w So-bieszewie w hotelu Orle. Łączny koszt z dwoma noclegami od osoby 300 zł. Wpła-ta na konto (z adnotacją „Zjazd”): Bank Mil-lennium nr 11602202000000024038176 B. Pętłak-Till. Osoby towarzyszące mile widzia-ne. Zgłoszenia do 28 lutego na adres: **Jani-na Borówko ZOZ dla Szkół Wyższych, al. Zwycięstwa 30, 80-219 Gdańsk.**

Wydział Stomatologiczny AM w WARSZAWIE rocznik 1955

W 50 rocznicę otrzymania dyplomu lekarza dentysty zjazd i uroczyste wręczenie dypl-o-mów jubileuszowych **15 kwietnia 2005 r., sala konferencyjna AM przy ul. Żwirki i Wigury róg Trojdena, godz. 11.00.** W ko-ściele pw. Św. Aleksandra na pl. Trzech Krzyży o godz. 13.30 Msza św. w intencji absolwentów AM rocznik 1955. Bankiet z udziałem absolwentów i gości w Klubie Le-karza, Al. Ujazdowskie 24. Zgłoszenia: **dr Maria Kościukiewicz, 00-316 Warszawa, ul. Lipowa 7 m. 11, tel. (0-22) 826-25-18 (wieczorem).**

Wydział Lekarski Oddział Stomatologiczny AM w GDAŃSKU, lata 1951-1955

Koleżanki i Koledzy! Absolwenci Wydzia-łu Lekarskiego, Oddziału Stomatologicz-nego AM w Gdańsku, studiujący w latach 1951-1955, proszeni są o odsyłanie wy-pelnionych formularzy zgłoszeń udziału w zjeździe, **do 31 stycznia 2005 r.,** na ad-res: **Koleżanka Alicja Niesłuchowska, ul. T. Kościuszki 24 m.3, 80-445 Gdańsk-Wrzeszcz.** Józef Caba przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu

Przeżyjmy to jeszcze raz! Zjazd 50-lecia

Niebawem zjedziemy się z wszystkich zakątków świata,
Z krańców Rzeczypospolitej, USA, antypodów,
Aby 21 maja dwutysięcznego piątego lata,
Nie żałować sobie różnych sympatii dowodów.

Zjazd rozpoczniemy, jak zwykle, modlitwą
w kościele,

A potem odbierzemy ODNOWIONE
DYPLOMY,

By w końcu udać się, ze zlaknionymi na czele,
Autami do „Grand Hotelu”, skosztować
plony.

Za wspólne uczestnictwo w zjeździe, i za
pogodę,
Dziękować chcemy Opatrzności, także za
życie.

I przypomnimy sobie minione lata młode,
Za tych co odeszli uronimy leżkę skrycie.

Życiowym wygrany, już czas by to
skonstatować,

Jest ten z nas, kto postępował w myśl
Konfucjusza,

„Wybrał pracę jaką lubił, więc nie musiał
pracować”.

Hubert Pobłocki

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie w Internecie www.absolventus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukiwanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Kule bilardowe i śnieżne

Zima jesienią jak zwykle zaskoczyła służby drogowe i uczestnikom I Mistrzostw Polski Lekarzy w Bilardzie przyszło w drodze do Kielc omijać zasy i rozbijać śnieżne kule. Najwytrwalszym podróż 19 li-



stopada 2004 r. zabrała kilkanaście godzin, ale przecież nie jest tajemnicą, że do wytrwałych świat należy.

Polski Związek Bilardowy obchodził w 2004 r. swoje dziesięciolecie. Zrzesza w 250 klubach ponad 2 tys. zawodników, w tym ok. 50 lekarzy. Od roku 1995 siedzibą władz związku są Kielce.

Drużyna kieleckich lekarzy od lat uczestniczy z sukcesami w rozgrywkach ligi biznesowej, a jej kapitan Zdzisław Kraśniewski, lekarz medycyny rodzinnej z Radoszyc, jest jednym z animatorów tej dyscypliny. Dlatego wybór organizatora zawodów był rzeczą naturalną.



23 zawodnikom stworzono komfortowe warunki do gry i profesjonalne prowadzenie zawodów przez prezesa Zarządu Polskiego Związku Bilardowego Marcina Krzezińskiego, poparte ciekawym komentarzem przybliżającym tajemnice bilardu.

Mistrzostwa rozgrywane były w odmianie pool bilarda na osiem bil, w której zawodnicy deklarują, którą z bil wbiją do jednej z sześciu luz (sześciu symetrycznych otworów prostokątnego sto-

łu). Najstarszą odmianą bilardu jest Karambol, gra z użyciem trzech bil bez luz, Snooker zaś, to gra, w której zawodnicy mają do dyspozycji 22 bile.

Bilard wymaga niezwyklej precyzji popartej dużą wyobraźnią i zdolnością koncentracji. Doświadczenie kieleckich mistrzostw pokazało, że te cechy są bliskie dentystom, gdyż na 4 medalistów 3 to dentyści.

W męskim gronie bardzo dobre 9 miejsce zajęła Maria Podhorecka-Bro-



niek, internistka z Dębicy. Po eliminacjach granych systemem do trzech wygranych partii i dwóch porażek pozostało 8 zawodników, którzy w wyniku walkczyli o półfinał gwarantujący medale.

Dariusz Terlecki, specjalista stomatologii ogólnej zarazem przewodniczący Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji Świętokrzyskiej Rady Lekarskiej pokonał 3:2 Jacka Sadowskiego. Jacek Panek, ordynator laryngologii 110 Szpitala Wojskowego w Elblągu wygrał 3:0 z Krzysztofem Tytmanem z Mrągowa. Najmłodszy uczestnik mistrzostw stażysta dentysta z Białegostoku a zarazem student 5 roku wydziału lekarskiego pokonał Jana



Tomczyka z Gryfic. Faworyt gospodarzy Zdzisław Kraśniewski trafił na najwyższej sklasyfikowanego zawodnika II-ligowego klubu VIP Zabrze bytomskiego dentystę Kamila Kapołąkę przegrywając 0:3.

W półfinale trenujący od 3 lat Jacek Panek pokonał 3:1 Darka Terleckiego, który za swoje koronne dyscypliny uważa tenis ziemny i narty.

Niezwykle emocjonujący był drugi półfinał, w którym doszło do rywalizacji rutyny z młodością. Adam Dmitruk prowadził 2:1 i był blisko pokonania faworyta pokazując wysoką klasę (efekt 12-letniego treningu). W decydujących momentach wygrała rutyna zakończona serią celnych zbić Kamila Kapołąki.

Odpężony mistrz pokonał w finale zmęczonego kilkunastogodzinną podróżą Jacka Panka 3:0 kończąc trzecią partię „z kija” (od rozbicia wbijając kolejno wszystkie bile), udowad-



niając najwyższą klasę. Warto dodać, że Kamil trenuje sztuki walki kung-fu wosho wymagające nie tylko sprawności i kondycji, ale także ważnej w bilardzie koncentracji.

Po dekoracji, zgodnie z bilardową tradycją, Kamil Kapołąka jako pierwszy odśpiewał karaoke.

I choć medali nie mogło starczyć dla wszystkich, zdaniem uczestników warto było pokonać śnieżne przeszkody, a kieleccy gospodarze zasłużyli na specjalne wyróżnienie.

Tekst i zdjęcia: Krzysztof Makuch

Tenisiści w Pabianicach

Od czwartku 11 do soboty 13 listopada 2004 r. w Pabianicach toczyły się rozgrywki II Halowego Turnieju Tenisowego Lekarzy.

Na czele Komitetu Organizacyjnego zawodów stanął ponownie Janusz Malarski – przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji OIL w Łodzi, a w organizacji zawodów pomagali mu jej członkowie Bogusław Rataj i Adam Jakubowski.

Z różnych stron Polski i z zagranicy zjechało 60 uczestników, wielu z rodzinami. Mecze turniejowe rozgrywane były na gościnnych kortach hali Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji.

Zawody otworzył Grzegorz Krzyżanowski, przewodniczący ORL w Łodzi, w obecności kanclerza Uniwersytetu Medycznego dr. Adama Fronczaka oraz przedstawicieli firm sponsorujących imprezę. Na uroczystym zakończeniu turnieju obecny był prezydent miasta Pabianic prof. Jan Berner, który ufundował Puchar Fair Play. Nagrodę te otrzymał Józef Herman z Rudy Śląskiej. Poza zaciętymi rozgrywkami turniejowymi uczestnicy zawodów znaleźli również czas na integrację.

jm

WYNIKI: Panie Gry Pojedyncze **Kategoria do 40 lat** 1. Agnieszka Widziszowska, 2. Wioletta Czarnańska, 3. Marzena Janiak, **Kategoria 40 + 1.** Bożenna Kędzierska, 2. Renata Banaś-Samson, 3. Anna Rabińska, 3. Małgorzata Olszewska-Płoszaj, **Panowie Gry Pojedyncze** **Kategoria do 35 lat** 1. Marcin Krywiak, 2. Andrzej Mroczek, 3. Aleksander Kąta, **Kategoria 35 + 1.** Grzegorz Przybylski, 2. Marcin Wroński, 3. Jacek Kowal, 3. Wojciech Pietrzak, **Kategoria 45 + 1.** Bogusław Rataj, 2. Roland Zarod, 3. Zbigniew Kula, 3. Jerzy Głabisz, **Kategoria 50 + 1.** Krzysztof Migala, 2. Zbigniew Cieślak, 3. Marek Iwaszko, 3. Adam Jakubowski, **Kategoria 55 + 1.** Lesław Rudziński, 2. Janusz Malarski, 3. Jan Mroczek, 3. Jacek Sasin, **Kategoria 60 + 1.** Antoni Prokopowicz, 2. Kadet Stemplewski, 3. Józef Safian, 3. Wiesław Krakowski, **Kategoria 65 + 1.** Józef Herman, 2. Stanisław Kaczmarski, 3. Zbigniew Frenszkowski, 3. Zdzisław Kroc, **Panie Gra Podwójna** 1. Bożenna Kędzierska + Renata Banaś-Samson, 2. Agnieszka Widziszowska + Wioletta Czarnańska, 3. Anna Obin + Małgorzata Olszewska-Płoszaj, 3. Anna Rabińska + Marzena Janiak, **Panowie Gra Podwójna** **Kategoria do 45 lat** 1. Marcin Wroński + Andrzej Jasiński, 2. Grzegorz Przybylski + Marcin Krywiak, 3. Sławomir Stawicki + Wojciech Pietrzak, 3. Piotr Sieroszewski + Wojciech Służalec, **Kategoria 45 + 1.** Marek Pudelko + Mariusz Polikowski, 2. Daniel Leończyk + Roland Zarod, 3. Dariusz Obin + Zbigniew Cieślak, 3. Jerzy Głabisz + Bogusław Rataj, **Kategoria 60 + 1.** Józef Herman + Bogdan Ostapowicz, 2. Stanisław Kaczmarski + Bogdan Solarski, 3. Antoni Prokopowicz + Kadet Stemplewski, 3. Wiesław Krakowski + Zbigniew Frenszkowski.

Ojcowie karmelici bosci

zapraszają na

REKOLEKCJE dla pracowników służby zdrowia,

k które odbędą się w dn. od 10 (czw.), godz. 18.00 do 13 marca 2005 r. (niedz.), godz. 14.00 w Domu OO. Karmelitów Bosych w Sopocie.

Temat: *Ojciec Nasz modlitwą Kościoła*

o. Julian Ilwicky OCD

Adres: Dom OO. Karmelitów Bosych, ul. Głowackiego 3, 81-744 Sopot-Wyścigi

Informacje: o. Julian Ilwicky, tel. 0-605-828-267

III Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

Trwać będzie od 30 stycznia do 4 lutego 2005 r. w Klubie Lekarzy w Łodzi przy ul. Czerwonej 3. Wernisaż odbędzie się 30 stycznia o godz. 17.00.

Koleżanki i Kolegów Lekarzy z wszystkich izb okręgowych zapraszamy do udziału w wystawie. Zgłoszenia uczestnictwa należy przesłać na adres: OIL w Łodzi, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (0-42) 683-17-91, faks (0-42) 683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl. Techniki i tematyka dowolna.

W zależności od liczby zgłoszeń, eksponowane będą maksimum cztery prace jednego autora. Obrazy oprawione i opisane (tytuł, technika) należy dostarczyć do OIL w Łodzi do 10 stycznia 2005 r. wraz z informacjami o autorze (imię, nazwisko, specjalizacja, miejscowość zamieszkania).

Do spotkania na wystawie!

VII Ogólnopolskie Zawody NARCIARSKIE Okulistów „Kalnica’05”

na które jak co roku zaprasza firma „Safari Polska”, odbędą się w ośrodku „Bogdan-ka” w Kalnicy k. Wetliny w dn. 4-6.03.2005 r. Opłata 250 zł obejmuje: zakwaterowanie, wyżywienie, udział w zawodach i w bankiecie finałowym. Gwarantujemy niezapomniane chwile podczas sportowej rywalizacji, jak i po niej. **Informacje i zgłoszenia: Safari Polska 37-713 Maćkowiec 140a, fax (0-16) 679-02-10, tel. 601-804-090. Gorąco zapraszamy! Jan M. Witkiewicz**

TRÓJWYCZYN Lekarski 2005

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w NARCIARSTWIE BIEGOWYM – Radziechowy 15.01.2005 r.

III Mistrzostwa Śląska Lekarzy w NARCIARSTWIE ALPEJSKIM – Korbiewów 16.01.2005 r.

Organizator: Maciej Pająkowski, tel. 0-602-177-857, www.mtblekarze.w.pl

Komunikat Jury Konkursu Literackiego Unii Polskich Pisarzy Lekarzy „O Pióro Eskulapa”

Jury Konkursu Literackiego „O Pióro Eskulapa” powołane przez Zarząd Główny UPPL w składzie: Jerzy Andrzejczak, Marek Czuku, Marek Pawlikowski (przewodniczący), Henryk Pustkowski, Ziemowit Skibiński, Barbara Szeffer-Marcinkowska i Jaro-sław Wanecki (sekretarz), postanowiło przyznać **Główne Nagrody:**

w kategorii poezji

Bogdanowi Jareminowi za tomiki wierszy „Wiersze z ciemnego światła” i „Bez znużenia”;

w kategorii prozy

Janinie Szwacze za powieść „Trzy bez atutów”.

Wyróżnienia honorowe przyznano: w kategorii poezji

1 - Joannie Czajkowskiej za „I Cing”
2 - Dariuszowi Zejcowi za „Widok na ogród japoński”
3 - Jackowi Kotlickiemu za „Ptak losu”

w kategorii prozy przyznano trzy równorzędne wyróżnienia:

Zbigniewowi Kostrzewie za „Twarzą w twarz”

Michałowi Sobków za „Samo życie”
Stanisławowi Sterkowiczowi za „Zagubiony na polskich drogach”

Wręczenie nagród i wyróżnień odbędzie się w siedzibie Łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej 15 stycznia 2005 r.

Marek Pawlikowski
przewodniczący Jury

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. (0-22) 695-40-33, fax 695-40-32
Księgarnia wysyłkowa: (0-22) 695-44-80, infolinia 0801-142-080,
fax (0-22) 695-44-87, www.pzwl.pl.
Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379,
Koszty wysyłki 7 zł, przy zamówieniach powyżej 150 zł koszty wysyłki
pokrywa wydawca. Zamówienia realizowane są w ciągu 3 dni.



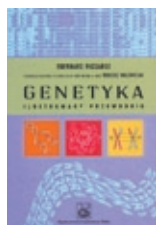
ENDOKRYNOLOGICZNE I IMMUNOLOGICZNE PROBLEMY W PEDIATRII

Podręcznik diagnostyki i terapii

Edda Weimann, Gerd Horneff,
z niem. tłum. **Barbara Rabska-Pietrzak**

wyd. I, s. 246, il. 28, tab. 145, c. katal. 79,00 zł

W książce omówiono patomechanizm, występowanie, objawy kliniczne, diagnostykę i terapię zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz zaburzenia gospodarki mineralnej, zaburzenia różnicowania płci, obojętność prawdziwą i rzekomą, problematykę otyłości. Opisano stany nagłe w endokrynologii, wymagające natychmiastowej interwencji lekarskiej oraz charakterystykę testów diagnostycznych stosowanych w różnych chorobach endokrynologicznych oraz interpretację otrzymanych wyników. Publikacja adresowana do pediatrów, lekarzy rodzinnych oraz pierwszego kontaktu.



GENETYKA. Ilustrowany przewodnik

Eberhard Passarge

red. naukowa, tłum. prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Mazurczak**
– kierownik Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka
wyd. I, Warszawa 2004, s. 448

Atlas genetyki przedstawiający zarówno reguły genetyki klasycznej jak i najnowsze osiągnięcia naukowe z zakresu genomiki i genetyki klinicznej. Tekst ilustrowany kolorowymi rycinami i schematami. Zawiera słownik terminów genetycznych oraz indeks zagadnień.



ZESPÓŁY BÓŁOWE KRĘGOSŁUPA

Zagadnienia wybrane

red. naukowy prof. dr hab. med. **Kazimierz Rapala**
wyd. I, Warszawa 2004, s. 188

Omówiono: etiopatogenezę, leczenie kręgosłupku, dyskopatii, stenozę kanału kręgowego, zapalenie swoiste i nieswoiste kręgosłupa, złamania osteoporotyczne oraz usprawnianie w zespołach bólowych kręgosłupa. Książka adresowana do neurologów, neurochirurgów, anesteziologów i lekarzy pierwszego kontaktu zawiera ocenę różnych sposobów leczenia choroby dyskowej.

Górnicki Wydawnictwo Medyczne

50-357 Wrocław, ul. Grunwaldzka 90,
tel. (0-71) 328-08-43, fax (0-71) 328-11-67



ABC INTENSYWNEJ TERAPII.

red.: **Mervyn Singer, Ian Grant**

wyd. I pol. pod red. **Juliusza Jakubaszki**
Wrocław 2004, s. 62, c. 29,00 zł

Kolejny podręcznik z serii „ABC of...” zalecany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Dostarcza podstawowej wiedzy niezbędnej personelowi medycznemu na oddziałach intensywnej terapii i studentom medycyny. Omawia najważniejsze aspekty intensywnej terapii: organizacyjne, technologiczne, pragmatyczne i etyczne.



RATOWNICTWO MEDYCZNE

Poradnik kieszonkowy

Will Chapleau

wyd. I pol., Wrocław 2004, s. 144, opr. spiralna, c. 18,00 zł

Najważniejsze zagadnienia z zakresu ratownictwa medycznego w oparciu o aktualnie obowiązujące międzynarodowe wytyczne. Wiele kolorowych ilustracji oraz procedur postępowania. Wysokiej jakości gruby papier chroni poradnik kieszonkowy przed szybkim zużyciem.

Ponadto nadesłano:



ZESPÓŁ JELITA DRAŻLIWEGO

Janusz Krzyżanowski

seria: **Z Gabinetu Prywatnego**

Wydawnictwo „Medyk” Sp. z o.o., s. 190

01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66,

tel. (0-22) 666-43-32 do 34, fax (0-22) 664-04-51,

Autor dzieli się wieloletnim doświadczeniem w leczeniu zespołu jelita drażliwego, choroby zaliczanej do schorzeń psychosomatycznych.

PSYCHOGERIATRIA

Janusz Krzyżanowski

seria: **Z Gabinetu Prywatnego**

Wydawnictwo „Medyk” Sp. z o.o., s. 340

Autor – lekarz psychiatra, mgr filozofii opisuje problemy starzenia się, zmiany w narządach zmysłów, depresje i inne problemy wieku podeszłego. Cenne są uwagi dotyczące postępowania ze starszymi osobami.



NEUROFIZJOLOGICZNE METODY USPRAWNIANIA DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU

pod red. **Ludwika Sadowskiej**

Wydawnictwo AWF, 51-617 Wrocław, ul. Banacha 11,

tel. (0-71) 347-31-32, e-mail: wydawnictwo@awf.wroc.pl,

wyd. I, Wrocław 2004.

Zespół specjalistów omawia teoretyczne i praktyczne podstawy terapii dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. Wyjaśnia mechanizmy powstawania nieprawidłowych zachowań ruchowych, podaje neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju, które respektują rozwój wzorców motorycznych, a także metody psychologiczne i pedagogiczne oraz zalety sztuki muzycznej.



WYBRANE ZAGADNIENIA Z PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO

(t. 6.) **Kardiologia, nefrologia, pulmonologia, ból i zespoły bólowe, aspekty społeczne i prawne medycyny**

pod red. **Andrzeja Steciwo**

nakład: Kat. i Zakł. Med. Rodz. i Reg. Oś. Kształc. Lek. Rodz.

AM we Wrocławiu, Wrocław 2004, **Wydawnictwo Continuo**, 53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./fax (0-71) 343-90-18 w. 223, 0601-774-733, 0503-912-717, e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl, s. 310

Aktualny stan wiedzy i badań nad problemami, z którymi lekarz rodzinny spotyka się na co dzień w swojej praktyce lekarskiej. Tematyka artykułów została wybrana na podstawie sugestii lekarzy rodzinnych.



NASZ ŚLAD. Wspomnienia absolwentów

Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu

Jagiellońskiego (rocznik 1945-1950)

Wydawnictwo Medyczne 4 Strony Świata, s. 228

31-532 Kraków, ul. Chodkiewicza 21, tel. (0-12) 411-49-68,

e-mail: wydawnictwo@medyczna.pl, www.medyczna.pl

Estetycznie wydanych kilkadziesiąt wspomnień, dających obraz epoki, w której pracowali lekarze. Na końcu imienny spis absolwentów.



NEFROLOGIA

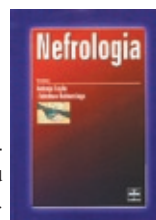
A. Książek, B. Rutkowski (red.)

wyd. I, s. 866, wym. 21,5 x 30 cm, opr. tw., c. 188 zł

Wydawnictwo Czelej, 2004,

dyst. **Składnica Medyczna LSM**

Najnowszy stan wiedzy w leczeniu chorób nerek. Zaletą książki jest informacja o żywieniu pacjentów z chorobami nerek oraz dawkowaniu leków u chorych z niewydolnością nerek. Liczne zdjęcia, ryciny, tabele i wykresy. Skierowana do lekarzy specjalizujących się w nefrologii, lekarzy rodzinnych, pediatrów i internistów; także jako podręcznik dla studentów medycyny.



BADANIA KLINICZNE.

Organizacja, nadzór, monitorowanie

M. Walter (red.)

wyd. I, s. 504, wym. 17 x 24 cm, opr. tw., c. 98 zł

OINPFARMA, 2004, dyst. **Składnica Medyczna LSM**

Książka adresowana do osób rozpoczynających pracę w charakterze specjalisty ds. badań klinicznych lub pragnących w przyszłości pracować w takim zawodzie. Będzie użyteczna także dla badaczy współpracujących na co dzień z monitorem badania klinicznego i dla wszystkich zainteresowanych organizacją współczesnych badań klinicznych odpowiadających wysokim standardom.



opr. md