

Warszawa
11-12 stycznia 2008 r.

IX
NADZWYCZAJNY
KRAJOWY ZJAZD
LEKARZY

Gazeta
Lekarska
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny

2 2008



Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy
Bez nerwów,
ale prosto w oczy



Nie płacz Ewka!

„Jeszcze niedawno pytano mnie: Gdzie ty się tam pchasz, to jest najcieńszy resort. Ale byli i tacy, którzy mówili: Ewka, ty jesteś tak zdeterminowaną i upartą babą, że jeśli ktoś ma coś zrobić w tym zepsutym systemie ochrony zdrowia, to właśnie ty! Bo ty w to wierzysz” – opowiadała sama o sobie minister Ewa Kopacz delegatom IX Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Przekonywanie do siebie za pomocą grepsów i banalnych chwytów aktorskich bywa skuteczne w teatrze i serialach, wyciskających łzy. Zmiana języka na bardziej kumpłowski zbliża ludzi, ale to dla polityka dopiero część zadania. Państwo stoi na mocnych podstawach, jeśli ma stabilną i stale wzmacnianą infrastrukturę (w tym ochronę zdrowia), trwale więzi społeczne, społeczeństwo ufa władzy, a opozycja mu niedowierza, ale istnieje nie tylko po to, aby zniszczyć i zniesławić rywali. Sięganie, z miejsca po objęcie władzy, do zaklęć o niewidzialnych rękach, które same i w dodatku za darmo zrobią porządek, jest co najmniej zabawne. Dyscyplina wydatków w szpitalach nie zrównoważy wzrostu kosztów, nie wspominając o zadłużeniu – mówią chórem nie tylko krytycy rządu. To jest odkrycie, którego już dawno dokonały państwa, które na zdrowie wydają regularnie 6-14% PKB. Psychotechnika pozyskiwania zwolenników, slogany i melodie, w takt których się maszeruje, niestety, nie są u nas tylko dodatkiem. Są raczej istotą, treścią polityki, choć zdrowie nigdy w Polsce nie stało się kategorią polityczną. Bo nikt tu, nad Wisłą, tak jak w Rwandzie i Burundi, jeszcze na ulicy nie umiera. Ale tylko do czasu. Przerzucając roszczenia personelu medycznego i technicznego na barki dyrektorów szpitali rząd czyni to ze świadomością, że możliwości zaspokojenia tych roszczeń są znikome. W ten sposób wywiera presję, aby dyrektorzy szpitali w gorączkowym poszukiwaniu funduszy na wzrost wynagrodzeń zwiększali ponad wszelką miarę zadłużenie kierowanych przez siebie placówek. O tym, jak to błędne koło się domyka napiszemy obszernie, kiedy tylko upłynie sto miodowych dni ekipy z Miodowej.

Prawdziwym bohaterem bieżącego wydania „Gazety Lekarskiej” jest lekarz, który na trwale zerwał z alkoholem. Dziś szczerze opowiada o czasach, kiedy alkohol był jego najlepszym przyjacielem, kiedy zniknął na parę dni i zapominał odebrać dzieci z przedszkola, jak i o drodze, którą po dyscyplinarnym zwolnieniu z pracy wracał do świata trzeźwych i dzięki której na nowo zaczął kierować swoim życiem. Włodzimierz Kasierski, specjalista rehabilitacji medycznej i ortopedii z Bydgoszczy, od 22 lat trzeźwy alkoholik, jest żywym przykładem dla tysięcy lekarzy szukających ukojenia poszarpanych nerwów w setce z barku, że bez alkoholu można się obyć. Szczególnie dla tych, którzy nie o setkę, ale o jedną beczkę lub cysternę za dużo już wypili. „Alkoholik musi się napić, żeby funkcjonować, a ponieważ traci kontrolę nad piciem, na tzw. klina wypija za dużo i przychodzi do pracy pijany. Nie dlatego, że na pracy mu nie zależy, wręcz przeciwnie. Ostatnim bastionem, którego broni alkoholik, jest praca. Uważa, że lepiej jak przyjdzie do niej pijany, niż jeśli miałby tam w ogóle się nie pojawić” – opowiada o paradoksach alkoholowych Włodzimierz Kasierski. Zachęcam do lektury i refleksji.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Czy lekarz powinien przyjmować zapłatę za leczenie innego lekarza lub jego rodziny?	4-5
Okiem Prezesa	5
Ubezpieczenia potrzebne od zaraz	6-7
Alkoholik to wyzwisko, a nie choroba	8-11
Bez nerwów, ale prosto w oczy	12-14
Gen sukcesu	16-17
Przychodzi lekarz do prawnika	22-23
Nieporozumienie z długą tradycją	26-27
Wyrok za „doktora”!	28-31
Lekarski sport	34-37
Kalendarz: Kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	47-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	44-46

Zbieraj **punkty edukacyjne**
przez **Internet**

www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Czy lekarz powinien przyjmować zapłatę za leczenie innego lekarza lub jego rodziny?

Jestem lekarzem średniego pokolenia. Uważam, że nie należy zmieniać starych, dobrych obyczajów. Sam w swojej praktyce lekarskiej stosuję je niezmiennie, traktując lekarzy i ich rodziny w szczególny sposób. To wraca zresztą do mnie, będąc w potrzebie byłem zawsze traktowany podobnie. Komerccjalizacja naszych wzajemnych relacji nikomu nie wyjdzie na dobre. Wśród młodych lekarzy pracujących ze mną widzę na szczęście podobne postawy.

Paweł Matysiak
radioterapeuta, Łódź

Lekarz i jego najbliższa rodzina, a w szczególności matka lekarza, to świętość od wieków. Żaden lekarz nie może przyjmować od nich zapłaty. Tak pracowały całe pokolenia lekarskie. Sama leczyłam się poza Polską w wielu krajach, żaden lekarz nie wziął ode mnie pieniędzy. Ze zgrozą patrzę jak młodzi, ale też i starsi zabijają świętą tradycję. Hańba i wstyd dla naszego środowiska!

Anonimka z Eskulapa

Osobiście uważam, że nie. Ale jest to raczej kwestia dobrego smaku, a nie sztywnych reguł prawa. Lekarz powinien postępować zgodnie z własnym sumieniem. Zapisanie takiej zasady w formie aktu prawnego mogłoby zostać odebrane jako patos. Powinniśmy być na to szczególnie wyczuleni, kiedy z powodu

toczącej się walki politycznej oraz wdrażanych obecnie zmian systemowych tracimy tak ważne w naszym zawodzie zaufanie społeczne.

Piotr Sławinski
Szpital Praski, Warszawa

To oczywiste, że od lekarzy, a nawet od pracowników służby zdrowia nie bierzemy pieniędzy, gdy np. znieczulamy porody, ale głośno to mówimy, bo wtedy współpracownicy nie marudzą i nie patrzą krzywo na zużyty wienon czy cewniki. Kiedyś nie pozwoliłem wystawić rachunku rodzinie lekarskiej, gdy pracowałem w prywatnej firmie medycznej. To dyrektor, nie lekarz, wystawił go na mnie. Zgroza!

Jerzy ze Szczecina

Pamięć o pielęgnacji dobrych starych zasad często powinna być odświeżana wśród tzw. mistrzów, którzy o tym kiedyś głośno i często mówili. Czyżby z nich uszło powietrze?

Adam z Eskulapa

Pobieranie zapłaty od kolegów jest haniebne. Dla mnie wielkim zaszczytem jest możliwość przyjęcia kolegi lekarza w prywatnej praktyce, wykonania badań diagnostycznych (na wysokiej klasy ultrasonografie) i zaordynowanie leczenia. Ale nie wszyscy to rozumieją. Uważają, że czas, wysiłek i amortyzację sprzętu trzeba zrekomensować. Najlepiej finansowo. A gdzie jest ta dobrze rozumiana solidarność zawodowa i zwykły ludzki odruch?

Mirosław R. z Białegostoku

Z jednej strony jest to miła, choć zanikająca w USA koleżeńska tradycja, z drugiej – coraz bardziej górze biorą realia. Lekarze i ich rodziny mają zwykle dobre ubezpieczenie, a więc czemu oszczędzać pieniądze towarzystw ubezpieczeniowych. Lekarzy w Stanach stać na zapłatę, a ofiarowanie korzyści materialnej, jaką są pieniądze zaoszczędzone na wizycie lub leczeniu, w etyce korporacyjnej uważane jest za niewłaściwe i potencjalnie korupcyjne,

jeżeli sumy są znaczne. Wytyczne przewidują, żeby wszystkich pacjentów traktować jednakowo. I tak jest, moim zdaniem, lepiej.

Ewa Radwanska
endokrynolog z Chicago

Przez kilka miesięcy leczyłem swoje mocno sfatygowane uzębienie u koleżanki, która poświęciła mi mnóstwo czasu i niemiłosiernie się przy mnie napracowała. Nie wzięła ode mnie ani grosza! Moje naleganie na rozliczenie po zakończonym leczeniu podsumowała z fantazją: Marku, ja naprawdę mam jeszcze od kogo zarobić!

Marek
chirurg, Lublin

Moim zdaniem – nie. Po pierwsze, lekarze bardzo mało zarabiają, więc bezpłatna wizyta jest swojego rodzaju odciążeniem finansowym. Po drugie – jest to swoisty przywilej dla pracowników w danym zawodzie (tak jak w innych zawodach, np. bezpłatne przejazdy PKP dla pracowników i ich rodzin, przywileje dla górników itp.). Po trzecie, dla mnie jest to wyraz solidarności i wzajemnego szacunku w grupie zawodowej.

Dorota Libiszowska, Warszawa

Niby czemu mieliby dopłacać do interesu? Lekarze nie powinni pobierać od kolegów opłat jedynie za porady i konsultacje, niewymagające wykorzystania sprzętu czy materiałów, których użycie stanowi koszt placówki/praktyki.

Marek Jarzębski, redaktor naczelny
Ogólnopolski Przegląd Medyczny

Skończmy wreszcie z tą hipokryzją. Powinien brać, w wysokości zwrotu kosztów materiałów, a za własną pracę nie powinien. Niestety, niektóre techniki są bardzo kosztowne, trudno też fundować pracę personelu pomocniczego. Osobiście, jako internista, za zbadanie innego lekarza nigdy nie wziąłem żadnych pieniędzy.

Krzysztof z Eskulapa

Choć jestem tylko lekarzem polonijnym, interesuję się problemami medycyny w kraju. Uważam, że lekarze i lekarze dentyści oraz członkowie ich rodzin mają prawo do bezpłatnego leczenia. Jak sami sobie nie pomożemy, to kto nam pomoże? To po prostu nie fair pobierać opłatę od kolegi. Bo dzisiaj on choruje, a jutro, niestety, ty...

Olek Wróblewski, chirurg,
Kijów, Ukraina

Jestem stomatologiem. Za „normalne” leczenie zębów, pomimo kosztów materiałów i inne porady, nie biorę od lekarzy i ich bliskich rodzin. Inaczej wygląda sprawa z kosztownymi pracami protetycznymi. Zamiast się tłumaczyć najchętniej szukam wymówki, aby tego nie robić, ale to też chore podejście. Z drugiej strony, sama korzystam z wizyt u kolegów lekarzy, którzy zwykle biorą bez skrupowania honorarium, nawet gdy nie ponoszą żadnych dodatkowych kosztów materiałowo-sprzętowych...

Teresa ze Śląska

Świadomie zatajam fakt, że jestem lekarzem. Kiedy muszę się przyznać, lekarze nie chcą przyjmować wynagrodzenia. Ale nigdy nie miałem z tym problemu, bo zawsze znajdowałem jakąś formę wdzięczności, a nie musiały nią być pieniądze. Niestety, problem istnieje tam, gdzie lekarz jest tylko wyrobnikiem, czyli kiedy pracuje za grosze.

Tomasz Leszczyński
ginekolog, Gdynia

We Francji, gdzie pracuję, przyjęto niepisaną zasadę, że od kolegi lekarza nie przyjmuje się gratyfikacji. Większość gratyfikowanych rewanżuje się np. skrzynką wina. Ta nie jest z kolei refundowana przez kasę chorych, ale można ją sobie wliczyć w koszty działalności, jeśli się pracuje prywatnie. Co kraj, to obyczaj!

Jarosław z Bordeaux

Jestem emerytką, w państwowej służbie zdrowia jestem traktowana życzliwie i z sympatią. W prywatnej służbie zdrowia, mimo że wiadomo, że jestem byłym lekarzem, w 90% płacę, mój mąż również. Tak to już jest.

Stefania z Wrocławia

W materiale redakcyjnym wykorzystano wyniki ankiety i wypowiedzi na portalu medycznym www.esculap.pl

Okiem Prezesa



IX Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy upoważnił mnie do zawarcia porozumienia z Premierem. Realizując to zobowiązanie natychmiast wystąpiłem do Donalda Tuska z ofertą zagwarantowania stopniowo wzrastających minimalnych wynagrodzeń w zawodach medycznych, tak aby z początkiem 2010 r. osiągnęły dla lekarzy i lekarzy dentystów wartości od 2 lat oczekiwane przez środowisko (tzn. 2-krotność średniej krajowej dla każdego lekarza i lekarza dentystry i 3-krotność dla specjalisty). Podczas *Białego szczytu* powiedziałem Premierowi, że środowisko lekarskie taki krok uznałoby za dowód wiarygodności rządu, co do intencji rzeczywistego reformowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Na razie odpowiedzią jest skierowanie przez rząd (Premier mówi, że bierze za to osobistą odpowiedzialność), ale drogą inicjatywy poselskiej, trzech projektów ustaw mających zmienić oblicze systemu ochrony zdrowia. Mimo że powszechnym oczekiwaniem środowisk medycznych było przeprowadzenie zwykłych konsultacji międzyresortowych i zewnętrznych, których nie będzie w związku ze skróconą drogą legislacyjną, mam nadzieję, iż rzeczywiście ich autorem jest rząd. O tyle nie jest to pewne, że wśród podpisanych pod projektami posłów nie ma Donalda Tuska ani członków rządu: Ewy Kopacz, Krzysztofa Grzegorka, Aleksandra Grada, Julii Pitera, Grzegorza Schetyny, Radosława Sikorskiego i Bogdana Zdrojewskiego, nie ma też najważniejszych posłów Bronisława Komorowskiego i Zbigniewa Chlebowskiego oraz Jana Kulasa, Elżbiety Łukacijewskiej, Joanny Muchy, Tadeusza Naguszeńskiego, Macieja Orzechowskiego, Jakuba Rutnickiego, Bożeny Sławiak czy Jerzego Ziętka z Komisji Zdrowia Sejmu oraz nikogo z PSL.

Przeglądając na gorąco projekty mam już jednak pierwszy pogląd na ich temat. Projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi dość chaotyczną próbę zebrania praw pacjenta opisanych dotychczas w różnych aktach prawnych. Niektóre upraszcza, inne pomija. Wprowadza kuriozalny zapis o możliwości odwołania się od rozpoznania lekarskiego oraz stwierdza, że dokumentację medyczną prowadzi się w celu realizacji prawa pacjenta do dostępu do niej! Ustanawia nowy urząd Rzecznika Praw Pacjenta z uprawnieniem do nieodwołalnego nakładania na indywidualnie praktykującego lekarza kary do pół miliona złotych, do zapłacenia w ciągu 14 dni!

Ciekawy projekt ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych wprowadza możliwość rezygnacji z praw do świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu w NFZ (oczywiście nie zwalniając go z obowiązku uiszczenia składki). Uznaje możliwość dofinansowania składki na dodatkowe ubezpieczenie z funduszu socjalnego, ale żadnych ulg nie przewiduje dla osób samozatrudnionych. Wreszcie projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadzający możliwość częściowej prywatyzacji SP ZOZ-ów pomija zupełnie przepisy dotyczące czasu pracy, które dopiero co weszły w życie oraz odchodzi od powoływania ordynatorów w drodze konkursu. Zapomniano w nim o regulacjach dotyczących standaryzacji, akredytacji, dokumentacji medycznej i reklamy.

Jest w tych projektach wiele ciekawych pomysłów, z których część idzie także w kierunku realizacji postulatów środowiska lekarskiego. Są one jednak tylko częścią większej całości i nie powinny być rozpatrywane w oderwaniu od nieznanego jeszcze reszty. No i co najważniejsze, w żadnym z nich nie ma ani słowa o zwiększaniu publicznych nakładów na ochronę zdrowia. W tej sytuacji trudno będzie zawrzeć porozumienie ze środowiskami medycznymi, które mają dość bycia zakładnikami gwarancji bez pokrycia, od lat przez kolejne rządy składanych społeczeństwu. Jeden z przedstawicieli rządu w chwili szczerzej rozmowy ze mną powiedział, że ustawowe gwarancje minimalnych wynagrodzeń to trudne zobowiązanie, bo trzeba będzie się z niego wywiązać. Ależ Panie Premierze, właśnie dlatego polscy lekarze i lekarze dentyści chcą popierać Pana rząd oczekując takiej porządnej gwarancji dla nas. Coś za coś!

Konstanty Radziwiłł

Ubezpieczenia potrzebne od zaraz

O wprowadzeniu dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych mówi się od lat. Minister Kopacz przedstawiła już nawet stosowną ustawę. Niestety, prezydent Lech Kaczyński kilka dni później ogłosił, że ją zawetuje.

Ciekawe także środowisko lekarskie nie było zachwycone projektem pani minister. Zdaniem Konstantego Radziwiłła, prezesa NRL te ubezpieczenia nie wejdą w życie, bo po prostu nie będzie na nie chętnych dopóki nie będą oferowały jakichś dodatkowych, medycznych wartości dla pacjenta. Bowiem projekt ustawy przedstawiony przez resort nie gwarantuje pacjentom z wykupionym ubezpieczeniem dodatkowym lepszego dostępu do świadczeń medycznych, ale zachęca do wykupienia ubezpieczenia przez ulgi podatkowe i dopłaty z budżetowego funduszu świadczeń socjalnych oraz częściową refundację składki.

– To są ubezpieczenia dla tych, którzy nadal muszą płacić składkę, ale ubezpie-

czają się jeszcze gdzie indziej. Tak jest i dzisiaj – wielu ludzi, zwłaszcza zamożnych, którzy nie są zadowoleni z systemu, albo kupuje świadczenia zdrowotne, płacąc u prywatnych lekarzy, albo wykupuje ubezpieczenia w prywatnych lecznicach. Ale jest to oferta tylko dla niektórych i, z punktu widzenia państwa, nie do końca uczciwa – zaznacza Radziwiłł.

Jego zdaniem wiele zależy od tego, jak będzie skonstruowany koszyk świadczeń. Na razie prace nad nim trwają i trudno wyrokować jak będzie wyglądał.

Według Prezesa dodatkowe ubezpieczenia mają sens tam, gdzie jest bardzo wysokie współpłacenie albo bardzo ograniczony koszyk gwarantowany. – A w Polsce dla współpłacenia, na-

wet na symbolicznym poziomie, jest stanowczy sprzeciw. Obawiam się, że ubezpieczenia dodatkowe nie doprowadzą do systemu poważnych pieniędzy – powiedział Radziwiłł.

Nie ma chętnych

Ryzyko, że tzw. doubezpiecznie nie będzie popularne jest rzeczywiście spore. Co prawda, jak wynika z Diagnozy Społecznej 2007, aż 45 proc. rodzin korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej i płaci za to z własnych środków, a prawie 5 proc. w ramach tzw. opieki abonamentowej. Szacuje się, że Polacy wydają rocznie z własnej kieszeni ok. 17 mld zł na usługi medyczne. Jednak prawie połowa obywateli deklaruje jednocześnie, że nie wykupi dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego jeśli będzie za drogie (czyli będzie kosztowało więcej niż ok. 100 zł miesięcznie). – Polacy są przyzwyczajeni do wydawania na zdrowie, ale nie są przyzwyczajeni do ubezpieczania się na zdrowie – komentuje Stanisław Borkowski z Polskiej Izby Ubezpieczeń. Pojawiają się jednak i zdania przeciwnie. – Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się niezbędne, nawet jeżeli tylko część Polaków będzie zainteresowana ich zakupem – uważa Michał Kamiński, ekspert ds. ochrony zdrowia w Konfederacji Pracodawców Polskich. Specjaliści od ubezpieczeń oceniają, że rozwój rynku ubezpieczeń zdrowotnych jest nieunikniony. – Nasze analizy potwierdzają, że popyt na takie usługi będzie systematycznie i dynamicznie rosnąć – mówi Ryszard Grzelak, prezes zarządu Europ Assistance Polska. – Coraz więcej Polaków będzie się przekonywać do tego typu usług, zwłaszcza jeśli podsumują wydatki ponoszone na opłacanie prywatnych wizyt lekarskich.

Nie ma rynku

Rynek „prawdziwych” ubezpieczeń zdrowotnych, czyli takich, gdzie ubezpieczyciel kieruje klienta na leczenie do określonej placówki i pokrywa koszty tego leczenia, to dziś ok. 60-80 mln zł. W dodatku większość obejmuje jedynie leczenie ambulatoryjne. Jest to wynik wciąż nierozwiązanej kwestii czy

szpitale publiczne mogą przyjmować pacjentów, za których leczenie płacić będzie inny niż NFZ ubezpieczyciel. Mówiąc inaczej – szpitale ciągle nie mogą przyjmować komercyjnych pacjentów, gdyż rodziłoby to podejrzenia o dzielenie pacjentów na tych „lepszych”, bo komercyjnych i tych gorszych „państwowych”. To właśnie z tego powodu prezydent chce zawetować ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach.

To może filary?

Z inicjatywą rozwiązań w ochronie zdrowia wystąpił Rzecznik Praw Obywatelskich. Janusz Kochanowski powołał zespół ekspercki, który proponuje m.in. projekt „10-procentowego koszyka”. Ponadto plan zakłada stworzenie trzech filarów ubezpieczenia zdrowotnego (na wzór systemu emerytalnego). W pierwszym filarze byłyby świadczenia gwarantowane, opłacane z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, w drugim – świadczenia nieopłacane przez państwo, na które brakuje pieniędzy, i do których dopłacałoby pacjenci, np. przez ubezpieczenia prywatne lub przekazanie ubezpieczycielom prywatnym części składki. Trzeci filar to np. operacje plastyczne, za które pacjenci płaciliby sami.

Działania RPO spotkały się z poparciem organizacji lekarskich. Marcin Jędrzejowski z Zarządu Krajowego OZZL powiedział, że związek popiera program RPO „w stu procentach”. Kierunek proponowanych przez RPO zmian popiera też (choć z zastrzeżeniami) Naczelna Rada Lekarska.

Wątpliwości budzi chociażby to, że najpierw musiałby powstać koszyk usług i należałoby podzielić NFZ, dzięki czemu fundusze mogłyby ze sobą konkurować. Co prawda minister Kopacz zapowiada, że podział NFZ nastąpi do 2010 r., ale na razie nie wiadomo nawet czy trwają prace nad odpowiednią ustawą. W dodatku eksperci uważają, że to jednak wciąż za mało, żeby konkurencja między poszczególnymi NFZ była wystarczająco silna. Ich zdaniem niezbędna jest dobra wycena usług i opracowanie innych zasad kontraktowania, np. konkurs na poszczególne usługi zamiast „negocjacji” z poszczególnymi placówkami jak ma to dziś miejsce. – O tym, jaka jest konkurencja na rynku, decyduje liczba podmiotów, które oferują podobne usługi – podkreśla Wojciech Misiński z Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.

Agnieszka Katrynicz

Biały szczyt

W Białym szczycie, zorganizowanym przez premiera Tuska i ministra zdrowia Ewę Kopacz, wzięli udział przedstawiciele prezydenta i parlamentu oraz samorządowcy, pracodawcy i związki zawodowe. Spotkania będą kontynuowane przez następne dwa miesiące. Premier zaapelował, żeby na ten czas w placówkach opieki medycznej zapanował „pokój, który powinien dotyczyć nie rządu, ale pacjentów”.

Do Sejmu wpłynęły już ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta, o prywatnych uzupełniających ubezpieczeniach zdrowotnych oraz ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – dopuszczająca przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego. Do końca lutego do łaski marszałkowskiej powinny wpłynąć ustawy związane z tym ostatnim projektem, szczegółowo regulujące niektóre kwestie dotyczące przekształceń. Zawarte w ustawie zapisy mają zabezpieczyć szpitale przed „dziką prywatyzacją”. Zdaniem prezesa NRL Konstantego Radziwiłła prace nad projektami w Sejmie powinny zostać zawieszono, a rząd powinien przygotować rozwiązania na bazie tego, co zostanie wypracowane w ramach najbliższych spotkań.



Alkoholik to wyzwisko, a nie choroba

Z **Włodzimierzem Kasierskim**, specjalistą rehabilitacji medycznej i ortopedii, od 22 lat trzeźwym alkoholikiem, rozmawia Agnieszka Banach

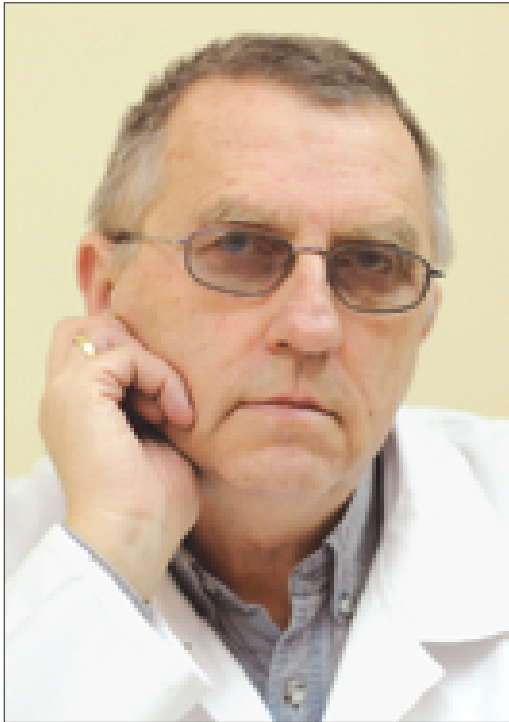


foto: Marek Chelminiak

• Potrafi pan wytłumaczyć, dlaczego pan pił?

– Alkoholik pije tylko z jednego powodu, ponieważ jest alkoholikiem. Alkohol był moim najlepszym przyjacielem. Pomagał w sytuacjach, kiedy nie czułem się dobrze. Picie, to najłatwiejszy sposób poprawiania sobie nastroju. Kiedyś podczas szkoleń robiłem ankietę: jaki powinien być przyjaciel?

Pisano, że musi być na każde zawołanie, nie powinien cię krytykować, jest przewidywalny – nie powie, że nie ma czasu, poprawia nastrój, uspokaja. Dla uzależnionego takie funkcje pełni właśnie alkohol. Po co polepszać sobie samopoczucie np. pójściem na spacer? Jest łatwiejszy sposób – setka z barku. „Znieczulając” się tak coraz częściej w końcu zatracą się umiejętności poprawiania sobie nastroju w naturalny sposób. Cierpiący alkoholik zna tylko jedną metodę na pozbycie się cierpienia: wypicie następnej porcji alkoholu. Często to cierpienie jest wynikiem poprzedniego picia i wpada się w błędne koło, w ciąg.

• Pamięta pan jak się zaczęła pana „przygoda” z pićm?

– Zaczynałem jak wszyscy – od picia towarzyskiego, na prywatkach. Podczas studiów piło się już całkiem regularnie, bo tam wszyscy pili. Mieliśmy łatwiejszy dostęp do alkoholu – w akademiku farmaceuci przetwarzali spirytus salitylowy, na ten nadający się do picia. „Organizowaliśmy” go sobie ze szpitali wiadrami. Potem piło się już coraz częściej i więcej, traciło się kontrolę wypijanego alkoholu i gdzieś w pewnym momencie zaczęło się uzależnienie. Na początku otoczenie patrzyło na ciebie jak na człowieka, który po prostu lubi wypić. Ale tolerancja na alkohol spada, pijącemu wystarczy niewielka ilość, żeby się upić, znika kontrola i... albo się umiera, albo trafia na leczenie.

• Długo pan pił?

– Przynajmniej dwadzieścia lat. Przystałem pić dopiero, gdy miałem 40 lat.

• W tym czasie założył pan rodzinę, zaczynał pracę, rodziły się dzieci, specjalizował się pan... Otoczenie nie reagowało?

– Za moich czasów, kiedy zaczynałem pracę, piło się powszechnie. W zakładach pracy, w szpitalach, to była nor-

ma. Pili wszyscy, począwszy od dyrektora do ciecia, który w bramie podnosi szlaban. Problem polegał na tym, że nie wiadomo było, kto był uzależniony, a kto nie. Teraz, kiedy dyscyplina jest większa, ludzi chorych można wyłowić i „zapropinować” pomoc medyczną. Ale rzadko tak się dzieje, a przecież pijący alkoholik jest ciężko chorym człowiekiem i nie nadaje się do pełnienia odpowiedzialnych funkcji. Tymczasem u nas alkoholicy pracują, ale odbywa się to kosztem chorego i otoczenia, które nie potrafi się temu przeciwstawić.

• Wtedy pracował pan na oddziale ortopedyczno-urazowym. Nic się nie działo, kiedy przychodził pan do szpitala pijany albo pił pan w pracy? Nikt nie reagował?

– Reagowali, jak za dużo się wypilo. Zdarzały się sytuacje, że wysyłano mnie do domu albo ktoś za mnie wykonywał zabieg. Nie będę opowiadał tzw. historii z życia, bo każdy alkoholik i pije i zachowuje się tak samo. Może tylko innym językiem o swoim picu opowiada. Startują z różnych punktów, jeden może być murarzem, drugi profesorem, ale w miarę uzależnienia, ich nitki życiowe się schodzą, aż w końcu można je przepuścić przez obrączkę. Nawet tak samo zaczynają wyglądać. Moje picie miało swoje konsekwencje – kłopoty z uzyskaniem specjalizacji, awansem zawodowym.

• Jak można przyjść do pracy po alkoholu? Przecież inni to widzą?

– Alkoholik musi się napić, żeby funkcjonować, a ponieważ traci kontrolę nad picciem, na tzw. klina wypija za dużo i przychodzi do pracy pijany. Nie dlatego, że na pracy mu nie zależy, wręcz przeciwnie. Ostatnim bastionem, którego broni alkoholik, jest praca. Uważa, że lepiej jak przyjdzie do niej pijany, niż jeśli miałby tam w ogóle się nie pojawić.

dokończenie na str. 10

Alkoholik to wyzwisko, a nie choroba

dokończenie ze str.8

• **A pana życie prywatne? Nie powie pan, że tu wszystko biegło normalnym trybem.**

– W rodzinie też funkcjonuje się coraz gorzej, to oczywiste. Zawodzi się na każdym polu. Tak samo było u mnie. Znikałem na parę dni, zapomniałem odebrać dzieci z przedszkola, nie można było na mnie polegać. Trzeba wiedzieć, że rodzina alkoholowa działa zupełnie inaczej niż normalna. W 90 proc. przypadków, gdzie alkoholikiem jest mąż, żona tkwi z nim w nałogu do końca, powoli się współuzależniając. Tam alkoholik decyduje o wszystkim, co dzieje się w rodzinie. Gdyby chciała to robić żona, musiałaby od niego odejść. Dlatego na ogół rodzina nie jest w stanie zmusić alkoholika do leczenia, na pewnym etapie przestają się go nawet wstydzić i coraz bardziej go marginalizują. I właśnie dlatego leczenie trzeba zacząć od rodziny.

• **Pana żona przechodziła taką terapię?**

– Nie chciała. Nawet jak już przestałem pić, nie brała udziału w terapii. Ale

znam przypadki, kiedy najpierw leczenie rozpoczęła żona, zaczęła zupełnie inaczej postępować z pijącym mężem, a potem on dołączył do niej. Z reguły jednak jest tak, że alkoholik w końcu poddaje się leczeniu sam, trzeźwieje, a rodzina zostaje na tym samym etapie i często się rozpada.

• **Tak było też u pana...**

– Tak. Alkoholik, który przestaje pić, zaczyna zupełnie nowe życie. To jest inny człowiek. Jeżeli on się zmienia, a inni członkowie rodziny nie, to często tak się to kończy. Poza tym przez pierwsze dwa lata trzeźwiejący alkoholik jest nie do zniesienia. Nadal trwa w poczuciu zagrożenia, nagle zaczyna widzieć rzeczy, których przedtem nie dostrzegał, nie podoba mu się rodzina, żona, to, co ona robi. Żona jest przyzwyczajona, że dotychczas sama trzymała ster, a tu nagle, po iluś latach „zjawia” się mąż i chce decydować. Tymczasem ona pała żądzą zemsty za lata poniewierki. Chce, żeby alkoholik wszystko „odrobił”, a tak się nie da. Zaczyna się szarpanina. Jeżeli żona chodzi na terapię, na takie zachowania jest przygotowana.

• **Uważa się, że aby alkoholik przestał pić, żeby się odbić, musi osiągnąć swoje dno. Jakie było pana dno?**

– Pierwsze poważne ostrzeżenie otrzymałem w 1981 r. Pod rygorem zwolnienia z pracy ordynator kazał mi zgłosić się na leczenie odwykowe. Po-

jechałem, ale po powrocie zacząłem znowu pić i przez następne pięć lat piłem coraz intensywniej. Wiedziałem już, że mam problem alkoholowy, każdy alkoholik wie o tym od samego początku, tylko prawidłowo go nie definiuje. Dopiero wtedy uznaje się za alkoholika, gdy przyzna się do bezsilności wobec alkoholu i do tego, że przestał kierować własnym życiem. To nie dzieje się tak prosto. Ja potrafiłem nie pić nawet dwa miesiące, cały urlop, z czego byłem bardzo dumny i myślałem, że mam kontrolę – zresztą spontaniczne wymuszanie na sobie abstynencji, to objaw choroby alkoholowej. Wszyscy byli bardzo zadowoleni – proszę, jak chce, to nie pije – mówili. Tylko, że ja potem musiałem się za to wynagrodzić i wpadałem w tygodniowe ciagi.

Dno, od którego się odbiłem, to zwolnienie dyscyplinarne za picie w pracy w grudniu 1986 r. Najpierw wpadłem w straszny ciąg alkoholowy, po którym wyładowałem na intensywnej terapii. A potem już „dobrowolnie” zgłosiłem się na leczenie odwykowe...

• **Jest pan wdzięczny szefowi za dyscyplinarne zwolnienie z pracy?**

– Inaczej pewnie już bym nie żył, tak jak kilku moich kolegów lekarzy. I temu, który mnie pierwszy raz wysłał na leczenie, też jestem wdzięczny. Piłem potem dalej, ale już nie w takim komforcie. Tak powinni postępować inni szefowie i ordynatorzy. Gdybym ja chciał zgłosić, że kolega pije, byłbym samobójcą, bo nic za tym nie idzie, nie zagrażam mu żadnymi konsekwencjami, a jeszcze zostałbym nazwany donosicielem. Nie ma żadnych ustalonych procedur, co robić z pracownikiem – alkoholikiem. Na ogół udaje się, że nie ma problemu, dopóki nie zdarzy się nieszczęście czy nie wybuchnie afera. Chociaż o problemie wiedzą wszyscy. Co najgorsze, takie zachowanie to kolejny gwóźdź do trumny alkoholika, bo on pije dalej. Tymczasem, żeby pomóc alkoholikowi, trzeba mu szkodzić. Szkodzić – z jego punktu widzenia.

• **A jak długo trwało pana trzeźwienie?**

– Trwa do dzisiaj. Nie wyobrażam sobie tego czasu bez ruchu anonimowych alkoholików. Pierwszy raz zetknąłem się z grupą, kiedy trafiłem na oddział uzależnień. Pamiętam jak prowadzący powiedział, że nie pije trzy

i pół roku. Wydawało mi się to niemożliwe. Właśnie tam poczułem, że przestanę pić. Potem jeszcze przez wiele lat chodziłem na mityngi AA, założyłem grupę AA w fordońskim więzieniu, przez wiele lat współpracowałem z pełnomocnikiem wojewody ds. uzależnień i prowadziłem gminny program rozwiązywania problemów alkoholowych. W końcu pomocą terapeutyczną zacząłem zajmować się profesjonalnie – skończyłem Studium Pomocy Psychologicznej, Studium Terapii Uzależnień w Warszawie.

• **Leczył pan lekarzy – alkoholików?**

– Pacjentów w terapii alkoholowej się nie różnicuje, niezależnie czy to jest lekarz, dziennikarz, czy hydraulik. Na pewno alkoholik wykształcony, szczególnie lekarz próbuje zdominować prowadzącego. Jest przekonany, że odgrywa jakąś wyjątkową rolę, uważa, że wie lepiej. Tymczasem w chorobie alkoholowej zachowuje się tak samo jak inni, i dopóki będzie się uważał za lepszego alkoholika, nigdy nie osiągnie sukcesu w leczeniu. Miałem takiego kolegę profesora, zmarł kilka lat temu. Chodził na mityngi, ale nie mógł pogodzić się z tym, że jest takim samym alkoholikiem jak inni.

• **Jak pan sobie radzi z wszelkiego rodzaju namawiaczami, zachęcającymi do wypicia „tylko jednego”?**

– Jeżeli ktoś zdecydowanie powie: nie piję – z reguły nikt go nie namawia. Na pytanie: Dlaczego nie pijesz? zdarza mi się odpowiadać: Bo jestem alkoholikiem. Reakcja bywa piorunująca. Nagle wszyscy stają się zażenowani, udają, że nie usłyszeli. Nadal określenie „alkoholik” funkcjonuje jako wyzwisko, a nie określenie choroby.

• **Zgodnie z uchwałą NRL przy izbach lekarskich powinni pojawić się pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów. Ich zadaniem będzie zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków samorządu lekarskiego, organizacja systemu pomocy dla lekarzy uzależnionych, m.in. pomoc w znalezieniu właściwej placówki terapii uzależnień oraz monitorowanie przebiegu leczenia. To dobry pomysł?**

– Zbieranie informacji o nadużywaniu substancji psychoaktywnych? W jakim celu: statystycznym, medycznym? Pełnomocnik miałby chodzić po szpitalach

i pytać – kto tu pije? Żeby to stwierdzić i tak najpierw takiego lekarza musiałby zbadać biegły, a przedtem ktoś go musi na to badanie skierować. Kto? NRL podejmuje uchwałę w sprawach, na których się nie zna. Może taki pełnomocnik miałby też pójść do szefa pijącego lekarza i kazać mu go zwolnić? Przecież to właśnie rola szefa.

• **W razie stwierdzenia niezdolności lekarza do pracy pełnomocnik mógłby wnioskować do okręgowej rady lekarskiej o powołanie komisji orzekającej o niezdolności do pracy ze względu na stan zdrowia, co mogłoby skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.**

– Uważam, że pijący alkoholik powinien mieć zawieszone prawo wykonywania zawodu na dwa lata, z możliwością warunkowego odwieszenia po roku. Ale ktoś takiego lekarza musi do izby zgłosić, a od tego, jak już wspominałem, jest dyrektor czy bezpośredni przełożony lekarza. Prowadziłem kiedyś szkolenie dla oficerów lotnictwa, opowiadali mi, że w USA, jeżeli lotnik pije, szef natychmiast zdejmuje go ze służby i wysyła na odwyk. Po powrocie, bez żadnych problemów, na nowo podejmuje służbę. Jeżeli „zapije” drugi raz – ponownie idzie na odwyk i znowu wraca do tej samej pracy. Jeśli jednak sytuacja powtórzy się po raz trzeci – zostaje wyrzucony, traci wszelkie zabezpieczenia, emeryturę, pozbawia się go licencji. Nie potrzeba żadnych komisji, pełnomocników.

• **Czym więc powinien zajmować się taki pełnomocnik działający przy izbie lekarskiej?**

– Za sensowne uważam powołanie pełnomocnika ds. rozwiązywania problemów alkoholowych w obrębie naszej grupy zawodowej. Pomocą trzeba objąć wszystkie osoby, które mają problem alkoholowy spowodowany pićciem lekarza. Muszą to być jego szefowie, koledzy, a przede wszystkim rodzina. Trzeba by było napisać odpowiedni program, może opracować zalecenia – jak np. dyrektor czy szef kliniki ma postąpić w przypadku, gdy jego podwładny pije. Na to potrzeba pieniędzy. Czy izba będzie takie przedsięwzięcia finansować? Warto dodać, że na temat choroby alkoholowej lekarze wiedzą bardzo mało – i to jest właśnie podstawowy „problem alkoholowy” lekarzy.

Rozmawiała Agnieszka Banach



Bez nerwów, ale prosto w oczy

W dn. 11-12 stycznia br. obradował w Warszawie Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy.



Metropolita warszawski ks. abp Kazimierz Nycz celebrował Mszę świętą w intencji polskich lekarzy. Przypominał o cnotach: miłości, nadziei i wierze, które powinny towarzyszyć lekarzowi w codziennych zmaganiach z cierpieniem i potrzebami wolnego człowieka.

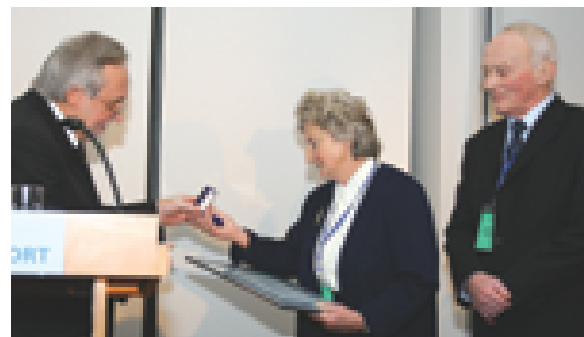
Warto czasem ująć się za lekarzami – komentowali gromkie brawa delegaci. Nie zabrakło szefów lekarskich towarzystw naukowych. Aż do sobotniego poranka kazała na siebie czekać minister zdrowia Ewa Kopacz. W blisko godzinny występ przekonywała do poparcia rządowych projektów ustaw reformujących ochronę zdrowia.

Konieczne jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 6%. Choć nic nie wskazuje na to, abyśmy się do tego zbliżyli – zauważa prezes NRL Konstanty Radziwiłł. Należy podnieść składkę zdrowotną do 13% oraz wprowadzić współpłacenie za niektóre usługi medyczne, przy czym za najbiedniejszych takie opłaty ponosiłby budżet.



Samorząd lekarski to 129 201 lekarzy i 35 239 lekarzy dentyistów. Jest nas naprawdę spora gromada, reprezentowana na szczelnie krajowym przez 458 delegatów. Najbardziej rześkie oklaskiwanym gościem był rzecznik praw obywatelskich Janusz Kochanowski.

Tych propozycji w pakiecie rządowym nie ma i nie będzie. – Nie ma zgody na dolewanie pieniędzy do niesprawnego systemu – rozwiła nadzieje lekarzy minister zdrowia Ewa Kopacz. Zachwalała za to projekty ustaw przygotowane przez jej resort, dodając, że teraz nie ma już czasu na debatę o systemie ochrony zdrowia, ale trzeba wprowadzać reformę, co ten rząd zrobi. Przewodniczący OZZL



Odnaczenia Meritus Pro Medicis wręczono prof. Krystynie Roweckiej-Trzebieckiej oraz Tadeuszowi Matuszewiczowi.



Z pasją i poczuciem humoru, a co najważniejsze w tempie i bez zbędnego gadulstwa poprowadził dwudniowe obrady Andrzej Sawoni, chirurg z Ostrowi Mazowieckiej, długoletni skarbnik NRL. Nie miał wyjścia, chyba że... ewakuacyjne.

Krzysztof Bukiel skrytykował wezwania minister zdrowia o umiar w żądaniach płacowych.

„Szkoda by było, aby ogromne zaufanie, jakim środowisko lekarskie obdarzyło rząd, zostało roztrwonione, przegadane i skończyło się rozczarowaniem. Przyjechaliliśmy do stolicy, żeby wspólnie przyjrzeć się sytuacji w ochronie zdrowia i ogłosić społeczeństwu swoją opinię” – mówili niemal chórem delegaci. Dwudniowa debata zaowocowała przyjęciem wielu ciekawych dokumentów, które publikujemy w całości w „Biuletynie NRL” na żółtych stronach. Ostro sprzeciwiano się próbom lekceważe-

Konstanty Radziwiłł o Białym szczyście: Weźmiemy w nim udział z całym ładunkiem ekspertyzy, jaka powstaje w samorządzie lekarskim. Ale pod warunkiem, że to nie będzie pole do przekrzykiwania się, robienia sobie na złość i wzajemnego dokuczania, grania na procedurze przez polityków. Zrobimy wreszcie razem coś porządnego dla ludzi.

nia konkursów na ordynatorów. Apelowano o finansowanie doskonalenia zawodowego i uprawnienia dla lekarzy – emerytów i rencistów do zlecania konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych dla nich samych i ich bliskich.

Nadzwyczajny IX KZL sprzeciwił się wprowadzeniu w szpitalach systemów zmianowego lub równoważnego czasu pracy lekarzy. Zdaniem znakomitej większości wyklucza to ciągłą i należytą opiekę nad pacjen-



Zmora braku quorum ani razu nie zabrała w oczy delegatom, którzy stawili się do stolicy wyjątkowo tłumnie (78%). Do dyskusji ustawiały się czasem długie kolejki. Stanisław Schneider, lekarz dentyista z Poznania oraz Jarosław Zawiliński, laryngolog z Krakowa.

tami, utrudnia kształcenie poddyplomowe oraz kierowanie oddziałami i przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentów, a także rozmywa odpowiedzialność za pacjentów.

Sprzeciwiamy się rządowym zamierzeniom reformowania systemu ochrony zdrowia bez zdecydowanego zwiększenia publicznych nakładów przeznaczonych



Zdecydowaną większością głosów (216 przeciw, 35 za) upadł wniosek o votum nieufności wobec wiceprezesa NRL Andrzeja Włodarczyka, od grudnia ub.r. wiceministra zdrowia w rządzie Donalda Tuska.



Ewa Bożena Kopacz (z domu Lis), minister zdrowia sama o sobie: Jeszcze niedawno pytałem: Gdzie ty się tam pchasz, to jest najcięższy resort. Ale byli i tacy, którzy mówili: Ewka, ty jesteś tak zdeterminowana i uparta babą, że jeśli ktoś ma coś w tym zepsutym systemie ochrony zdrowia zrobić, to właśnie będziesz ty! Bo ty w to wierzysz.

na funkcjonowanie tego systemu. Pracownicy publicznego systemu ochrony zdrowia są dziś traktowani jak zakładnicy zobowiązań państwa w stosunku do obywateli. Zamiast doceniania ich wysiłku, obarcza się ich winą za niedociągnięcia wynikające ze złej or-



Prawdziwy popis dały połączone lekarskie chóry: olsztyński Medici Pro Musica, pod batutą Bogusława Opalińskiego i szczeciński Chór Remedium pod kierownictwem prof. Ryszarda Handtkę.

ganizacji i niedostatecznego finansowania systemu oraz sugeruje się, że ich obowiązki etyczne obejmują pracę w każdych warunkach i na każdych zasadach – czytamy w stanowisku końcowym Nadzwyczajnego IX Krajowego Zjazdu Lekarzy.

tekst i zdjęcia
Marek Stankiewicz



Andrzej Ciołko (Lublin): Izby lekarskie, jako instytucja prawa publicznego, najlepiej znają oraz rozumieją zagadnienia ochrony zdrowia oraz praktyki lekarskiej. Aby spełniać swe zadania, izby powinny być nadal organizacją, do której należą wszyscy lekarze i lekarze dentyści oraz posiadać jak najszerszą niezależność.

Głos mają delegaci

Krzysztof Dalke, dr n. med.
otolaryngolog, OIL Bydgoszcz
Nie bardzo wiadomo po co w ogóle ten zjazd został zwołany. Czy jego celem było tylko potwierdzenie uchwał poprzedniego? Bo takie są wyniki głosowań. Rozczarowała mnie także wizyta minister Kopacz, która nie miała nic konkretnego do powiedzenia. A dyskusja – z braku gotowych projektów – była jałowa.

Aleksander Wojtyłko
chirurg dziecięcy, OIL Opole
To dopiero mój drugi zjazd, więc trudno mi się autorytatywnie wypowiadać. Moim zdaniem ten zjazd był bardzo udany, bo zostało powiedziane wszystko, co szeregowy lekarz – taki jak ja – chciał usłyszeć. Szczególnie ważna była diagnoza stanu środowiska lekarskiego – cieszę się, że samorząd także uważa, że potrzebny jest wzrost nakładów na system ochrony zdrowia. I że trzeba zrobić wszystko, by płace lekarskie systematycznie wzrosły.

Tomasz Pękalski
chirurg, OIL Lublin
Ostatnie dwa lata, od ostatniego zjazdu lekarzy, to chyba najlepsze lata naszego samorządu chociażby dlatego, że wreszcie sprawa prestiżu naszego zawodu została zauważona i nagłośniona. Poza tym to spotkanie jest znakomitą okazją, by wymienić poglądy i doświadczenia z kolegami-lekarzami. Mnie szczególnie interesowały rozwiązania dotyczące czasu pracy.

Krzysztof Gawel
spec. chirurgii urazowo-ortopedycznej i med. sportowej, OIL Bydgoszcz
Jestem rozzaczarowany przebiegiem zjazdu. Oczekiwałem bardziej zdecydowanych stanowisk i uchwał. A przede wszystkim zabrakło konkretów.

Roman Żuralski
lek. medycyny rodzinnej i pediatra, OIL Olsztyn
To z pewnością udany zjazd. Musimy spokojnie dążyć do naszego celu – czyli wyższych zarobków dla pracowników medycznych. A jestem pewny, że w końcu lekarze zaczną zarabiać na przyzwoitym poziomie, bo po prostu nie będzie innego wyjścia – za stawki, jakie

obowiązują dziś, trudno będzie znaleźć dobrych specjalistów. A przecież lekarzy ciągle brakuje.

Małgorzata Śliwa
pediatra, OIL Rzeszów
Zjazd był dobry, szkoda tylko, że ciągle podejmujemy te same tematy i te same uchwały. Przecież o brakach kadrowych, wyższych zarobkach, konieczności zreformowania systemu mówi się od lat. To jest najlepszy dowód na to, że nikt się z głosem środowiska lekarskiego nie liczy. I to jest frustrujące.

Jacek Mazur
spec. ginekologii i położnictwa, OIL Opole
Jestem rozzaczarowany przebiegiem zjazdu, bo zamyka się dyskusję nad ważnymi kwestiami, np. jak mają pracować ordynatorzy ze swoimi asystentami w kontekście norm czasu pracy. W dodatku zmarnowaliśmy pierwszy dzień obrad na bezowocne czekanie na minister Kopacz. Lepiej byłoby przystąpić do dyskusji nad kolejnymi stanowiskami. Wygląda na to, że na takie zjazdy szkoda czasu.

Grzegorz Krzyżanowski, dr n. med.
chirurg i urolog, prezes OIL Łódź
Ten zjazd był bardzo potrzebny. Przekutowaliśmy najważniejsze problemy dotyczące na co dzień środowiska lekarskiego. W dodatku, pewnie przez ostatnie protesty, był to najbardziej medialny zjazd lekarski. Cieszę się, że opinia publiczna mogła usłyszeć o naszych problemach, bo może dzięki temu pacjenci zrozumieją o co tak naprawdę walczymy.

Kazimierz Juźwin
spec. medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych, OIL Wrocław
Zjazd pomaga nam uzewnętrznić głos środowiska. Martwi mnie to, że walczymy o ważne dla nas rzeczy – pracę w normalnych godzinach i godnych warunkach za godziwe pieniądze – a wciąż widać podziały wśród lekarzy. Mam na myśli to, że lekarze pracujący w szpitalach podkreślają swoją wyższość wobec lekarzy POZ, „zabiegowcy” uważają, że są najważniejsi, a przecież powinniśmy mówić jednym głosem i nie warto kłócić się kto pracuje ciężiej czy dłużej.

Artur Hartwich, dr n. med.
spec. medycyny społecznej, chirurg, OIL Kraków
To był bardzo dobry termin na odbycie zjazdu, bo w ten sposób samorząd lekarski włączył się w dyskusję o systemie ochrony zdrowia, która toczy się od wyborów parlamentarnych. Cieszę się również, że – jak widać po przyjętych uchwałach – bardzo dobrze oceniamy sytuację i wiemy, na jakim systemie nam zależy.

Maciej Czerwiński
psychiatra, OIL Toruń
W skali od jednego do pięciu oceniam ten zjazd na 3,8. Ta niska ocena bierze się z tego, że wciąż jest za dużo iluzji i romantyzmu, co słychać podczas dyskusji niż rzeczywistości. Smutne jest również to, że nasz głos wciąż jest tak mało słyszalny.

Dariusz Hankiewicz
otolaryngolog, OIL Lublin
Zjazd w tym terminie był bardzo potrzebny, i to właśnie w tym terminie. Sytuacja, jaką zastaliśmy, niejako wymusiła takie, a nie inne stanowiska. Ale są to dokumenty oczekiwane przez lekarzy, pytanie czy tylko adresaci naszych roszczeń, czyli Ministerstwo Zdrowia, premier i NFZ zechcą nasz głos wziąć pod uwagę.

Paweł Jezierski
rezydent, neurolog, OIL Warszawa
Nie bardzo wiem jaki był cel tego zjazdu. Dyskutowaliśmy co prawda o ważnych dla nas problemach, ale niestety przełożenie naszych postulatów na tych, którzy podejmują decyzję jest żadne.

Andrzej Włodarczyk, dr n. med.
chirurg, OIL Warszawa, wiceminister zdrowia
Ocena i głos środowiska jest bardzo potrzebny i ważny. Poza tym była to doskonała okazja, by szerokie grono lekarzy poznało plany i zamierzenia nowej minister zdrowia. Dla mnie osobiście ten zjazd był sukcesem (minister Włodarczyk nawiązuje do nieudanej próby głosowania nad odwołaniem go ze stanowiska zastępcy prezesa NRL i przewodniczącego Warszawskiej OIL) i bardzo się cieszę, że koledzy wyrazili tak duże poparcie dla mnie.

Jolanta Orłowska-Heitzman
patomorfolog, OIL Kraków, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej
To był najmniej emocjonalny zjazd, w jakim brałam udział. Za to był chyba najbardziej upolityczniony, może dlatego, że nasi koledzy weszli do rządu.



foto: Marek Staniewicz

Gen sukcesu

Krystyna Knypl

Magnetyczne przyciąganie Ameryki działa na wielu ludzi na całym świecie, ale nie na wszystkich. Obywatele Stanów Zjednoczonych częściej niż ktokolwiek inny wierzą w możliwość odniesienia sukcesu i nie mają zwyczaju zaprzętać sobie głowy widmem klęski.

Na taką postawę złożyły się doświadczenia pokoleń emigrantów zmuszonych do walki z przeciwnościami losu i przyrody. Być może z powodu ciągłego dążenia do sukcesu i niekończącej się aktywności obywateli w rezultacie wszystko w USA jest w rozmiarze XXL. Nie tylko sylwetki ludzi, ale także lotniska, samochody, domy, księgarnie, a także ulice i objętość weekendowych wydań gazet. Oczywiście duże rozmiary wszystkiego są popularne w większości dużych krajów – wielkość gmachu opery w Nowosybirsku jest równie imponująca jak rozmach karnawału w Brazylii, ale dopiero w Ameryce odnosi się wrażenie niekończącego się rozpowszechnienia rozmiaru XXL.

Mózgowy układ nagrody

Jaki więc mechanizm powoduje, że jedni czują się w rozpedzonej i wiecz-

nie nienasyconej Ameryce niczym ryby w wodzie, a inni ledwie postawią kilka kroków na stałym lądzie, natychmiast popadają w nostalgię za tym, co zostało w Europie?

Prawdopodobnie pośrednim powodem dążenia do nieświadomej i na dłuższą metę niszczącej chęci otrzymania nagrody jest wzmożona aktywność układu dopaminergicznego.

Profesor Ernst Noble z University of California w Los Angeles, odkrywca nietypowego genu dla receptorów dopaminy, obecnego w mózgu osób uzależnionych od alkoholu, dał impuls do dalszych poszukiwań badaczom wierzącym, że nasze zachowanie determinują geny. Główną rolę w wyborze życia obfitującego w sporty ekstremalne, ryzykowne inwestycje na giełdzie czy opętańczy seks, nadmierne spożywanie alkoholu, substancji odurzających odgrywa dopaminergiczny układ

nagrody, a dokładniej – jego polimorficzny receptor D4.

Psychiatra Peter Whybrow poszerzył analizę układu dopaminergicznego o psychoanalizę, z czego wysnuł czarną wizję:

Mam poważne powody, by sądzić, że jeżeli Amerykanie nie ograniczą swoich zapędów i nie zmienią postępowania, wkrótce utracą siły do działania, prężność ekonomiczną, zdrowie i kapitał społeczny, niezbędny do podtrzymania i rozwijania kultury narodu – oświadczył.

Dla układu nagrody nie ma znaczenia, czy zachowanie jest społecznie bądź rodzinie akceptowane, moralnie pozytywne lub negatywne. Układ ten ocenia jedynie, czy bodziec pobudzi konkretną kaskadę procesów biochemicznych.

Być może w układzie dopaminergicznym leży wyjaśnienie, dlaczego jeden

syn tych samych rodziców zostaje alkoholikiem, a drugi wybitnym odkrywcą czy biznesmenem.

Mutacja genetyczna na wzór polski

Czy na naszym medycznym podwórku zwyciężają i zgarniają najlepsze nagrody wyłącznie wyselekcjonowani przez naturę posiadacze polimorficznego receptora D4 w układzie dopaminergicznym, niejako predysponowani do wygrywania i zwyciężania? Hm... wydaje mi się, że genetykę stanowczo zbyt często zastępuje... drabina.

Przed laty przeczytałam w prasie kolorowej całkiem ciekawe spostrzeżenie, że po szczeblach kariery łatwiej się wspinać, gdy tatuś wcześniej podstawi drabinę. Niestety, potraktowałam tę wiadomość jako dowcip, a nie strategiczną poradę życiową i nie poprosiłam rodziców o ów sprzęt wspinaczkowy. Nie mając stosownej praktyki w bezbolesnym zarządzaniu własną karierą nie dołożyłam też starań, aby moja progenitura zażywała lekkich, łatwych i przyjemnych sukcesów zawodowych.

Może nie ma się czym chwalić? Wszak prawdziwie dobry rodzic nie tylko zachęci dziecko do udania się na medycynę, ale i troskliwie zajmie się poddyplomowym losem. Chętnie przyjmie na atrakcyjny etat w kierowanej przez siebie klinice czy oddziale, wyśle na stypendium do znakomitej placówki, nada wigoru zdobywaniu kolejnych stopni naukowych, przedstawi stosownym osobom, dopisze do pracy wysłanej na zagraniczną konferencję. Gdy trzeba, troskliwy tatuś wytnie w pień prawdziwą i urojoną konkurencję, aby nie zaważyła na ścieżkach prowadzących ukochanego synka do sukcesu. Na ogół synka, bo córeczki rzadziej zażywają energicznego rodzicielskiego wsparcia z powodu skłonności do zmiany nazwiska, oddawaniu się rodzeniu dzieci lub – o zgrozo – gotowaniu obiadów mężowi. Cięcia na folwarku kochającego tatusia-ordynatora (profesora) w stosunku do potencjalnej konkurencji są niebywale szerokie, zwykle za sprawą podszeptów chorobliwej wyobraźni. Mimo tych starań zdarza się, że najgroźniejszy konkurent znieścacka wyskakuje zza uszu i w niewiadomy sposób oszołomiwszy kolegialne gremia decyzyjne brawurowo wygrywa w głosowaniu i diabli biorą niedoszłą sukcesję. Przypadki to raczej rzadkie, ale potwierdzające regułę.

Kariera musi się rozwijać w sprzyjającej atmosferze i odpowiednio wy-

moszczonym środowisku zawodowym, więc gdy nepotyczny tatuś kocha swą latorośl bardzo mocno, zadba też, aby nie marnotrawiła ona czasu i energii na czynności do kariery niepotrzebne, czyli bezproduktywną pracę usługową. Czyż komuś pomógł w karierze jakikolwiek aspekt starannie wykonywanej pracy usługowej? Po stokroć nie! Nie znam przypadku, aby ktoś starannie wypełniający wszystkie kratki *elefantiatycznej* dokumentacji medycznej, przyjmujący wszystkich nienasyconych konsumentów usług medycznych czy ofiar nie wiszący na hakach dobił się wybitnej pozycji zawodowej.

W rezultacie niesłabnąca tatusiowa zapobiegliwość przynosi habilitację w okolicach trzydziestki, a profesurę uczelnianą krótką chwilę potem i obowiązkowo jej belwederskie potwierdzenie przed czterdziestką. Wszystkie pośpiesznie przydzielane tytuły muszą obowiązkowo być okraszone kierownictwem akademickiej kliniki, bo tylko instytucjonalizacja wygenerowanej przez tatusia genialności daje gwarancję konsumpcji owoców z drzewa nepotycznej kariery.

Obserwując naszą scenę medyczną już dość dawno doszłam do wniosku, że probierzem prawdziwości nieprzeciętnych talentów są losy trzeciego pokolenia – zwykle nepotycznego dopalacza starcza jedynie na zapewnienie kariery i stanowisk dla dwóch pokoleń. W końcu nie bez powodów ukuto powiedzenie, że frak najlepiej leży w trzecim pokoleniu!

Wszystkim wspomagającym karierę członków swoich rodzin z naruszeniem dobrego smaku i zwykłej przyzwoitości, przez nepotyczne działania, chciałabym zasugerować, aby zastanowili się, czy warto bezustannie dążyć do posiadania większych, lecz coraz bardziej pustych domów. Nie zawsze też jesteśmy świadomi, że szerokie drogi kariery przemierzane eleganckimi samochodami potrafią niepostrzeżenie zawęzić perspektywę, zmieniając podróż przez życie w bezsensowny pęd. Warto też pamiętać, że problematyczna wiedza medyczna, wynikająca często wyłącznie z lektur internetowo-kongresowych, z pominięciem praktyki lekarskiej nie zawsze jest oznaką mądrości. Najtrudniej bowiem osiągnąć we wszystkim, co robimy właściwe proporcje.

Jak zawsze czekam na listy, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Proponowane słowa kluczowe – **wiedza, kariera, nepotyzm**.

Rozszyfruj receptę

Laureatami konkursu ogłoszonego z okazji I urodzin tegoż są:

1. dr **Biruta Walentynowicz**, dermatolog z Gorzowa Wielkopolskiego,
2. dr **Wiktoria Sienkiewicz**, internistka, która w korespondencji wspomniała, że *trochę pamięta przedwojenne recepty*,
3. dr **Regina Marcinkowska**, okulista.

Serdecznie wszystkim laureatom gratuluję oraz podziwiam ich wiedzę!

Było trochę trudności z rozszyfrowaniem słowa *muriatici*, dawki w drugim składniku oraz przeznaczenia maści – która była zdefiniowana na receptce jako „maść na oko”, ale niektórzy Czytelnicy rozpoznawali maść na ucho, a nawet maść na udo (!).

Najpełniejsze i bezbłędne rozwiązania recepty nadesłali dr **Tadeusz Widerkiewicz**, absolwent AM w Poznaniu z 1953 r., zamieszkały obecnie w Bydgoszczy oraz dr **Eugeniusz Niemiec**, absolwent AM w Krakowie z 1957 r., zamieszkały obecnie w Krynicy. Wymienieni Koledzy poza bezbłędnym rozszyfrowaniem recepty dodatkowo nadesłali jeszcze komentarz kliniczny omawiający przypuszczalne schorzenie, na które cierpiał pacjent – było nim *blepharitis* przebiegające ze znaczną bolesnością powiek. Rozszyfrowanie recepty wg dr. Tadeusza Widerkiewicza dla dinozaura było zadaniem dziecinnie łatwym. Jest mi szczególnie miło, że kolejna odsłona naszego konkursu pozwoliła na zaprezentowanie wiedzy naszych Kolegów seniorów. W związku z tym dr Tadeusz Widerkiewicz oraz dr Eugeniusz Niemiec zostają naszymi Superlaureatami.

Dla tych, którzy przymierzali się do rozwiązania recepty, ale nie zdecydowali się na nadesłanie rozwiązania, podaję jej prawidłowe i pełne brzmienie.

Rp. Hydrargyri praecip.albi 0,12; Vaselini flavi 8,0; Cocaini muriatici 0,30; Mf. maść na oko.

Dr Marzena Nogiec z **Głucholazów** nadesłała bardzo szeroką analizę recepty (dopuszcza ona możliwość, że dawka pierwszego składnika może wynosić 0.92) wykazując się fantastyczną znajomością klasycznej farmakologii – wiedza to nie spotykana dziś!

Jak zawsze czekam na propozycje rozwiązań kolejnej recepty – zagadki, pod adresem mailowym: krystyna.knypl@compi.net.pl

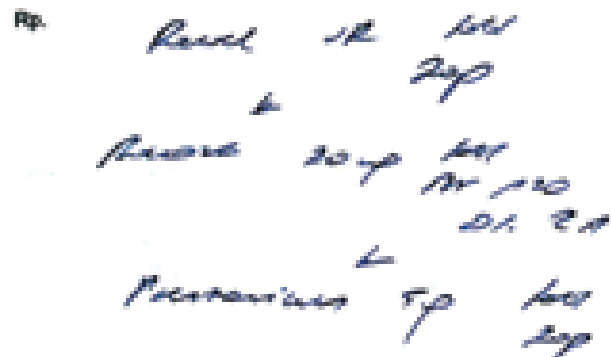




foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 4 I 2008

Prezydium rozpatrzyło **projekty stanowisk na Nadzwyczajny IX KZL**. Projekty dot. sytuacji w ochronie zdrowia, sytuacji środowiska lekarskiego, sytuacji samorządu lekarskiego oraz sprawy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **przedłużenia możliwości rozliczania przez świadczeniodawców umów zawartych z NFZ na 2008 r.** przy pomocy dotychczas stosowanego oprogramowania. Prezydium uważa, że możliwość rozliczania przez świadczeniodawców umów zawartych z NFZ na 2008 r. przy pomocy oprogramowania, które było do tej pory udostępniane przez NFZ, powinna być przedłużona w odniesieniu do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń ambulatoryjnych, w tym świadczeń stomatologicznych.

Delegowano

Konstantego Radziwiłła na posiedzenie Komitetu Wykonawczego **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich** 16.01.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 25 I 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia** zakładu opieki zdrowotnej. Prezydium po zapoznaniu się z tym projektem stwierdza, że spełnia on część postulatów samorządu lekarskiego i ujednolici okresy dostosowawcze dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Prezydium zwraca jednak ponownie uwagę na konieczność nowelizacji ww. rozporządzenia dostosowującej je do obowiązującego aktualnie prawa. Prezydium za zasadne uznaje, aby minister zdrowia w porozumieniu z ministrami innych zainteresowanych resortów wydał jednolity akt w sprawie warunków technicznych i higieniczno-sanitarnych, jakim powinny odpowiadać budynki zakładów opieki zdrowotnej, co pozwoliłoby uniknąć nieścisłości i wieloznacznych definicji, jakie istnieją w obowiązującym rozporządzeniu. Akt taki obowiązywałby zakłady opieki zdrowotnej nowoprojektowane i nie stanowiłby prawa działającego wstecz. Nadto nie różnicowałby zakładów w zależności od liczby gabinetów, liczby łóżek czy formy własności. Prezydium uznaje także, że należy dokonać przeglądu norm rozporządzenia pod kątem rzeczywistej dbałości o bezpieczeństwo pacjentów. W przypadku wieloletniego niespełnienia wielu rozporządzenia, co, jak się wydaje, nie uczyniło

nikomu krzywdy, istnieje konieczność zrezygnowania z części z nich.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o **przekazanie środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń**. Prezydium uznaje nadesłany projekt ustawy o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń za kierunkowo słuszny. Jednakże projektowane zwiększenie wskaźnika kosztów pracy do 0,74 należy uznać za niewystarczające.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie niezbędnej nowelizacji rozporządzenia w sprawie **recept lekarskich**. Prezydium stoi na stanowisku, iż niezbędne jest przeprowadzenie w pilnym trybie nowelizacji rozp. ministra zdrowia z 17.05.07 r. w sprawie recept lekarskich. Obecnie istniejące uregulowania prawne w zakresie recept lekarskich należy ocenić jako biurokratyczne i nazbyt rygorystyczne. W szczególności Prezydium postuluje: - *zniesienie obowiązku zamieszczania na receptach nr. PESEL pacjentów*, - *umożliwienie wypisania jednej recepty na trzy kolejne miesięczne kuracje*, - *zwiększenie pola przeznaczonego na druk recepty na ordynację lekarską*, - *zapewnienie możliwości bezterminowego przekazywania podmiotom uprawnionym zakresów liczb służących jako unikalne numery identyfikujące recepty w formie pisemnej lub poprzez przesłanie na adres tych podmiotów nośnika CD z przydzielonymi numerami*, - *możliwość wykorzystania druków recept wydrukowanych przed dniem wejścia w życie rozporządzenia w sprawie recept do 31.12.08 r.* Wskazane powyżej kierunki zmian treści rozporządzenia w sprawie recept lekarskich były niejednokrotnie zgłaszane, lecz nie zostały jak dotychczas uwzględnione. Prezydium ma nadzieję, iż powyższe postulaty znajdą wreszcie odzwierciedlenie w treści rozporządzenia.

Delegowano

Konstantego Radziwiłła, na posiedzenia Komitetu Wykonawczego **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich**, w dn.: 6.02., 30.04., 16.07., 17.09. i 26.11.br. w Brukseli.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w posiedzeniach Komisji Zdrowia sejmiku nt. nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- Udział w posiedzeniu Podkomisji Nadzwyczajnej Komisji Zdrowia sejmiku do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- List do Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ – prośba o wznowienie prac Zespołu powołanego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 47/2005 w sprawie trybu i sposobu rozpatrywania zażeń składanych do prezesa NFZ na czynności dyrektora woj. Funduszu dot. kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej.
- List do Lecha Szadziuka, przew. Komisji ds. Lekarzy Dentystów ORL w Szczecinie – w sprawie propagowania homeopatii wśród lekarzy dentystów ze Szczecina.

- List do przewodniczących ORL – w załączeniu rozliczenie dotychczasowych przyjętych i zapłaconych zamówień na zamieszczanie insertów do wybranej specjalizacji w „Gazecie Lekarskiej” oraz prośba o wystawienie noty obciążeniowej dla NIL wg załącznika na poczet umowy w sprawie wspólnego kolportażu „GL” i ustalenia zasad współpracy pomiędzy NIL i OIL w zakresie dołączenia do „GL” oraz biuletynów insertów.
- List do Ewy Kopacz, ministra zdrowia – dot. sytuacji po wejściu w życie przepisów dot. czasu pracy lekarzy.
- List do przewodniczących ORL – prośba o nadesłanie informacji o przeprowadzonych kontrolach w związku ze zbliżającym się końcem okresu rozliczeniowego zdobywania punktów edukacyjnych.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia sejmiku dot. planów resortu zdrowia.
- List do przewodniczących ORL – prośba o przesłanie danych dot. wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów.
- Udział w Gali St. Najbardziej Wpływowych Osób w Ochronie Zdrowia „Pulsu Medycyny”.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) w Brukseli.
- List do premiera Donalda Tuska w sprawie podpisania porozumienia gwarantującego wzrost wynagrodzeń lekarzy.
- List do marszałka sejmiku Bronisława Komorowskiego – w załączeniu przesłano rezolucje delegatów na Nadzw. IX KZL.
- List do prof. Andrzeja Steciwko, prezesa Zarz. Gł. Pol. Tow. Medycyny Rodzinnej – podziękowanie za informację o III Kongresie PTMR i przyjęcie uczestnictwa w Komitecie Honorowym Kongresu.
- Spotkanie z sekretarzem stanu w KPRM Michałem Bonim.
- List do przewodniczących ORL – w załączeniu apel nr 7 Nadzw. IX Krajowego Zjazdu Lekarzy przypominający o treści art. 67 w Kodeksie Etyki Lekarskiej normie etycznej.
- List do Bronisława Orawca, prezesa Związków Lekarzy Polskich w Chicago – podziękowanie za informację nt. XII Światowych Mistrzostw Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim.
- Udział w Walnym Zgromadzeniu Wspólników „Medbroker”.
- Udział w XVI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy w Poznaniu.
- Udział w XI Balu Lekarzy OIL w Krakowie.
- Udział w *Białym szczycie*.
- Udział w posiedzeniu Rady Programowej Forum Medycyna Polska 2010.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia senatu dot. nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- List do Grzegorza Kucharewicza, prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej – życzenia w związku z wyborem na funkcję prezesa.
- Udział w uroczystości 5-lecia Wojskowego Instytutu Medycznego.

Tomasz Korkosz

tel. 022-559-13-27, 0602-218-710

faks 022-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Koniec z nadużywaniem antybiotyków!

Szybkie testy CRP wykonywane w gabinecie lekarza rodzinnego mogą w znaczący sposób zredukować liczbę zlecanych antybiotyków, a przez to pomóc w procesie ich ochrony – wynika z badania „Przydatność szybkich testów CRP w codziennej pracy lekarza rodzinnego” zrealizowanego pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Mniej zbędnych antybiotyków

Z badania wynika, że z 413 osób, które dostałyby antybiotyk, gdyby nie szybki test CRP (100%), lek taki otrzymało jedynie 246 pacjentów (60%). Oznacza to spadek liczby wypisanych recept o 40%. W grupie dorosłych spadek ten wynosił 38% (z 260 pacjentów do 160), a w grupie dzieci 44% (ze 153 do 85 osób).

Natomiast w grupie pacjentów z ujemnym wynikiem testu z 278 osób, które dostałyby antybiotyk, gdyby nie szybki test CRP (100%), lek taki otrzymało jedynie 41 pacjentów (15%). Oznacza to spadek liczby pacjentów, którym wypisano antybiotyk o 85%. Z kolei w grupie pacjentów z dodatnim wynikiem obserwowano wzrost liczby zapisanych antybiotyków, który wyniósł 52% (z 135 pacjentów, którzy mieli dostać lek, do stało 205).

„Wynika z tego, że szybki test CRP, przy prawidłowej interpretacji wyniku łącznie z obrazem klinicznym oraz wynikiem badania podmiotowego i przedmiotowego może przyczynić się do racjonalizacji antybiotykoterapii – ograniczenia stosowania antybiotyków w tych przypadkach, które tego nie wymagają oraz szybszego włączenia leczenia przyczynowego u tych chorych, których obraz kliniczny nie jest jednoznaczny” – mówi prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej i Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Akademii Medycznej we Wrocławiu, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Diagnostyczny pomocnik dla lekarza

Podstawowym zadaniem testu CRP jest pomoc w diagnostyce stanu zapalnego oraz monitorowanie przebiegu leczenia. Wyniki badania to potwierdzają i wskazują, iż test CRP był przydatny w postawieniu rozpoznania (ponad 90%) oraz podejmowaniu decyzji co do rozpoczęcia antybiotykoterapii. 99% lekarzy określiło, że wykonanie testu było łatwe.

„W ostatnich latach w Polsce znacznie wzrosła liczba zapisywanych antybiotyków. Są one nadużywane zarówno przez lekarzy, jak i samych pacjentów, co niesie za sobą liczne negatywne skutki. Wyniki naszego badania pokazują, iż test CRP może być narzędziem diagnostycznym, które pomaga lekarzowi w podjęciu decyzji co do rodzaju leczenia, głównie oceny wskazań do rozpoczęcia antybiotykoterapii. Trzeba jednak pamiętać, iż test CRP ze względu na swoją nieswoistość musi być zawsze interpretowany łącznie z obrazem klinicznym, a decyzja o antybiotykoterapii nie może być podejmowana wyłącznie na jego podstawie” – mówi prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko.

Badanie przeprowadzono w 12 praktykach lekarza rodzinnego, po 3 we Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku i Warszawie. Do badania zakwalifikowano 856 pacjentów, którzy zgłosili się do praktyk z powodu ostrej infekcji. W grupie badanej znalazło się 314 dzieci (37%) i 542 dorosłych (63%). Lekarz po zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu badania przedmiotowego wykonał u każdego pacjenta (po uzyskaniu jego zgody) szybki test CRP (aparatem NycoCard Reader II) z krwi pobranej z palca. Metoda ta pozwala wykryć wartości CRP powyżej 8mg/l, wyniki poniżej tej wartości były interpretowane jako ujemne.

*

CRP (ang. *C-reactive protein*) – białko C-reaktywne (zwane białkiem ostrej fazy). CRP – jest normalnym składnikiem osocza zdrowego człowieka. Jako takie występuje w małych ilościach (poniżej 6 mg/l). Jego poziom koncentracji w osoczu zaczyna zdecydowanie rosnąć już po 6-12 godz. od momentu zainfekowania organizmu i zazwyczaj utrzymuje się na patologicznym poziomie do czasu kontaktu pacjenta z lekarzem. Podczas infekcji, szczególnie bakteryjnej poziom CRP może wzrosnąć nawet do poziomu 300 mg/l. Białko CRP jest jedynym z najczęściej wykorzystywanych białek ostrej fazy w diagnostyce ostrych stanów zapalnych.

Czas pracy lekarza – nowe regulacje prawne



1 stycznia 2008 r. weszła w życie ważna dla lekarzy nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – dalej UoZOZ (Dz. U. 2007 r., nr 176, poz. 1240). Wprowadzone zmiany odnoszą się przede wszystkim do kwestii związanych z:

- dobowym i tygodniowym wymiarem czasu pracy,
- maksymalnym tygodniowym wymiarem czasu pracy,
- prawem pracownika do odpoczynku,
- dyżurem medycznym,
- wynagrodzeniem za dyżur medyczny,
- systemem *opt out*.

Dobowy i tygodniowy wymiar czasu pracy

Zgodnie z wprowadzonymi zmianami czas pracy lekarza zatrudnionego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej nie może przekroczyć 7 godz. 35 min. w ciągu dnia i 37 godz. 55 min. w ciągu tygodnia w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Nowa regulacja skorygowała błąd wynikający z dotychczasowych przepisów. Stare regulacje określały czas pracy lekarza w wymiarze 7 godz. i 35 min. na dobę i 40 godz. tygodniowo. Prowadziło to do powstania nieśpójności, co rodziło problem jak pracować 40 godz. w ciągu 5 dni, skoro dobową normą czasu pracy wynosiła 7 godz. i 35 min.

Warto podkreślić, że znowelizowane przepisy przewidują także pięciogodzinny wymiar czasu pracy dla: radioterapeutów, fizykoterapeutów, radiologów, patomorfologów, histopatologów, którzy pracują na samodzielnych stanowiskach lub wykonują określone zadania.

Maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy

Nowelizacja ustawy o ZOZ określiła maksymalny tygodniowy czas pracy lekarza w wymiarze 48 godz. tygodniowo, na który składają się godzi-

ny pracy podstawowej i nadliczbowki. Przyjmując, że przeciętna tygodniowa norma czasu pracy wynosi 37 godz. i 55 min., a przeciętny maksymalny wymiar czasu pracy wynosi 48 godz. tygodniowo, należy przyjąć, że lekarz może mieć w ciągu tygodniowego okresu rozliczeniowego maksymalnie 10 godzin nadliczbowych. Należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 151 §3 Kodeksu Pracy liczba godzin nadliczbowych nie może przekroczyć w ciągu roku 150 godz., jeśli praca lekarza w godzinach nadliczbowych wynika ze szczególnych potrzeb pracodawcy lub podejmowana jest w ramach akcji ratowniczych.

Artykuł 32ja ust. 1 UoZOZ, *a contrario*, daje pracodawcy możliwość zobowiązania lekarza do wykonywania pracy w wymiarze nie przekraczającym 48 godz. tygodniowo.

W związku z faktem, że przeciętny tygodniowy wymiar pracy lekarza wynosi 37 godz. 55 min., pracodawca może zobowiązać lekarza do pracy w dodatkowym wymiarze 10 godz. i 5 min. w ciągu tygodnia, bez jego zgody. Należy podkreślić, że regulacja ta dotyczy wyłącznie lekarzy zatrudnionych na pełny etat. Lekarze zatrudnieni na 1/2 lub 1/4 etatu nie mogą być zobowiązani przez pracodawcę do pracy w wymiarze 48 godzin tygodniowo. Wynika to z faktu, że zgodnie z Kodeksem Pracy pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze mogą zostać zobowiązani do pracy w wymiarze proporcjonalnym do wymiaru zatrudnienia.

Prawo pracownika do odpoczynku

Nowo wprowadzone przepisy dają lekarzowi zatrudnionemu w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej prawo do 11-godzinnego odpoczynku w ciągu każdej doby. Warto podkreślić, że 11-godzinny okres odpoczynku nie może być dzielony. W odniesieniu do osób pełniących dyżur medyczny pracodawca jest zobowią-

zany do wyznaczenia pracownikowi czasu na odpoczynek tuż po zakończeniu dyżuru.

Dyżur medyczny

Zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 4 UoZOZ przez dyżur medyczny należy rozumieć wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Z definicji tej wynika, że dyżur wykonywany jest zawsze poza normalnymi godzinami pracy, a więc ponad obowiązującym pracownika dobowym lub tygodniowym wymiarem czasu pracy. Istotną nowością jest art. 32i ust. 2 UoZOZ, według którego czas dyżuru wlicza się do czasu pracy.

Czas pełnienia dyżuru musi zostać obecnie wliczony do maksymalnego wymiaru czasu pracy w wymiarze 48 godz. tygodniowo. Przepisy nowelizujące UoZOZ zostały w ten sposób dostosowane do dyrektywy 2003/88/WE. Zgodnie z wykładnią tej dyrektywy dokonaną przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości *dyżur pełniony przez lekarza znajdującego się w szpitalu musi być w całości uważany za czas pracy nawet wówczas, jeśli lekarz pełniący dyżur odpoczywa w trakcie dyżuru, z zastrzeżeniem, że robi to w sytuacjach, kiedy jego usługi nie są potrzebne*.

Należy podkreślić, że nowe regulacje UoZOZ zniosły również ograniczenie dotyczące liczby dyżurów. Do tej pory pracodawca mógł zobowiązać lekarza do pełnienia maksymalnie dwóch dyżurów w tygodniu i ośmiu dyżurów miesięcznie.

Nowe przepisy nie określają jednak dopuszczalnego wymiaru czasu trwania dyżuru w wymiarze dobowym. W zależności od przyjętej koncepcji dobowy wymiar dyżuru ograniczony jest albo 24-godzinnym wymia-

rem doby pracowniczej, albo okresem dobowego odpoczynku.

Zgodnie z art. 32jb. ust. 1 UoZOZ w każdej dobie lekarzowi przysługuje prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Regulacja ta odnosi się również do pracowników zarządzających zakładem pracy w imieniu pracodawcy i pracowników prowadzących akcje dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego. Wprowadzone regulacje powodują powstawanie niejasności w kwestii ile może trwać dyżur w ciągu danej doby. Definicję doby zawiera Kodeks Pracy, zgodnie z którym (art. 128 § 3 pkt 1) doba to 24 kolejne godziny, poczynając od godziny, w której pracownik rozpoczyna pracę. W tak rozumianej dobie musi być rozliczany dobowy wymiar czasu pracy lekarza (maksymalnie 7 godz. 35 min. dziennie), dyżur medyczny, a także dobowy okres odpoczynku (11 godz.). W związku z istniejącą niejasnością zarysowały się dwa stanowiska.

Zdaniem Głównego Inspektoratu Pracy (GNP-302-4560-527/07/PE) dla pracowników pełniących dyżur jedenastogodzinny okres odpoczynku dobowego, który przypada w dobie pracowniczej, powinien być udzielony zgodnie z art. 32jb ust. 2 UoZOZ bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru. W opinii GIP nie istnieją przeszkody prawne, aby odpoczynek dobowy udzielany był po zakończeniu dyżuru, którego maksymalny okres trwania musi zamykać się w obrębie 24 godz. od chwili rozpoczęcia pracy, gdy dyżur pełniony jest po zakończeniu normalnej pracy. Oznacza to, że dla lekarza, którego dobowy wymiar czasu pracy wynosi 7 godz. 35 min., dyżur nie może przekraczać 16 godz. 25 min., natomiast dla pracującego przez 12 godz. w równoważnym czasie pracy dyżur nie może przekraczać 12 godz. W wypadku dyżuru pełnionego w dniu wolnym od pracy dyżur może być natomiast pełniony przez 24 godz.

Pogląd ten jest jednak trudny do zaakceptowania, ponieważ znowelizowana UoZOZ stanowi bezwzględnie, że pracownikowi pełniącemu dyżur przysługuje odpoczynek bezpośrednio po jego zakończeniu. Uwzględniając ten fakt należy stwierdzić, że niezależnie od przyjętego systemu czasu pracy dobowy wymiar czasu pracy wraz z wliczanym do niego czasem trwania dyżuru w każdej dobie nie może przekraczać 13 godz. W związku z powyższym wymiar dyżuru dla pracownika pracującego 7 godz. i 35 min. na dobę

nie może przekraczać 5 godz. 25 min., natomiast dla pracującego 12 godz. na dobę jednej godziny.

Wynagrodzenie za dyżur medyczny

Za czas pełnienia dyżuru lekarz musi otrzymać wynagrodzenie, które będzie identyczne jak wynagrodzenie za godziny nadliczbowe. Od 1 stycznia 2008 r. dodatek za godziny nadliczbowe wynosi: 100% za dyżur pełniony w niedzielę lub święta oraz w porze nocnej i 50% za dyżur pełniony w innym czasie.

Stare przepisy dotyczące wynagrodzenia za dyżury medyczne przewidywały dodatek w wysokości 100% za dyżur pełniony w niedzielę i święta, 65% za dyżur pełniony w porze nocnej i 30% za dyżur pełniony w każdym innym czasie. Należy podkreślić, że nowelizacja UoZOZ określa tylko minimalne stawki wynagrodzenia za dyżury medyczne. Umożliwia to indywidualne określenie wyższych stawek przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej.

System *opt out*

W świetle nowelizacji UoZOZ lekarz ma możliwość przedłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy (48 godz. pracy podstawowej plus godziny nadliczbowe). Podstawą wydłużenia czasu pracy jest zgoda lekarza, wyrażona osobiście w formie pisemnej. Należy podkreślić, że wydłużenie 48-godzinnego czasu pracy jest prawem, a nie obowiązkiem lekarza, co powoduje, że lekarz nie może być zobowiązany przez pracodawcę do wyrażenia zgody na pracę w większym wymiarze godzin. Pracodawca nie może również dyskryminować pracownika z powodu niewyrażenia przez niego zgody na wydłużenie tygodniowego wymiaru czasu pracy.

Powrót do 48-godzinnego czasu pracy

Lekarz, który wyraził zgodę na pracę w wymiarze większym niż 48 godz. tygodniowo, ma prawo do późniejszej zmiany decyzji. Zgoda na pracę w większym wymiarze godzin może zostać cofnięta przez lekarza z zachowaniem trzydziestodniowego terminu wypowiedzenia.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.med.pl

Kształtowanie postaw moralnych

Janina Suchorzewska

Wypowiedź moja jest wypowiedzią lekarza klinicysty i równocześnie nauczyciela akademickiego, któremu w ostatnich latach powierzono zadanie realizowania programów nauczania etyki przyszłych lekarzy.

Zaznaczam to na wstępie, ponieważ moja wypowiedź o roli i znaczeniu kodeksów lekarskich jest wynikiem własnych obserwacji i doświadczeń zdobywanych podczas wykonywania zawodu lekarza i kontaktów ze studentami, a także obserwacji dotyczących realizowania zasad zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej w codziennej praktyce lekarskiej. Wypowiedź moja odbiegać więc będzie od rozważań filozoficznych i prawnych nad kodeksami etyki lekarskiej.

Zgłoszenie do dyskusji najwyższych autorytetów w zakresie etyki i prawa ukierunkowuje moją wypowiedź jedynie w aspekcie praktycznego spojrzenia na obowiązujący obecnie Kodeks Etyki Lekarskiej. Patrząc z tej perspektywy będę się starała przedstawić własną opinię o znaczeniu i roli aktualnego Kodeksu Etyki Lekarskiej w kształtowaniu etycznych zachowań lekarzy. Zapewne nie wniesie to żadnych odkrywczych stwierdzeń, bowiem w historii było już wiele głosów krytycznych dotyczących znaczenia kodeksów etycznych. Skoro jednak wywołana została tak potrzebna w tym zakresie dyskusja, to może warto również zastanowić się nad celowością dostosowania kodeksów do potrzeb i oczekiwań odpowiadających dzisiejszej rzeczywistości.

Aktualizacja kodeksów etyki lekarskiej

Historia kodeksów lekarskich, jak i rola, jaką się im przypisuje, wskazuje na potrzebę ich nowelizacji zarówno w zakresie ich treści, jak i w hierarchii wartości. Zmiany dotyczące treści kodeksów są oczywiste. Wynikają bowiem z:

- postępu medycyny,
- powstawania nowych dyscyplin medycznych,
- aktualnego systemu ochrony zdrowia,
- zmian społecznych i kulturowych.

W hierarchiach wartości, przy niezmiennej zasadzie działania dla dobra chorego, uwzględniać należy zmieniające się w miarę upływu czasu postrzeganie wartości i sądów wartościujących. Wymienione elementy uzasadniają więc konieczność wprowadzania zmian odpowiadających rzeczywistości. Wystarczy sięgnąć do opracowania Aleksandra Tulczyńskiego dotyczącego lekarskich kodeksów deontologicznych w Polsce, aby dostrzec, jak szybko zmieniają się treści norm nie tylko sytuacyjnych i kazuistycznych, ale również niektórych norm elementarnych.

Kolejną przyczyną uaktualniania kodeksów etyki lekarskiej jest konieczność wyrównywania braków legislacyjnych w zakresie postępowania wobec nowych technik w medycynie. Konsekwencją kolejnych zmian i nowelizacji kodeksu do aktualnych potrzeb jest więc poszerzanie i rozbudowywanie go.

Skutki nowelizacji kodeksów

Niewątpliwie zasadniczym skutkiem nowelizacji jest zwiększanie pojemności kodeksu pod względem zawartej w nim treści i problemów. W tych nowelizacyjnych zmianach daje się zauważyć tendencje do ustalania powinności lekarskich w odniesieniu do coraz bardziej szczegółowych sytuacji. I tu właśnie pojawia się moja zasadnicza wątpliwość. Czy lekarzowi wraz

liwemu na wartości i ich hierarchię, ukształtowanemu moralnie, potrzebne są szczegółowe wskazania, jak ma się zachować w określonej sytuacji? Neguję potrzebę określenia etycznych zasad postępowania dla lekarzy, których cechuje „ślepotą” na wartości. Tu żadne kodeksy nie zdołają zbudować określonych postaw etycznych, a mogą najwyżej działać na zasadzie przymusu, a nie wewnętrznej potrzeby.

W rozbudowywaniu i uszczegółowianiu kodeksów etyki lekarskiej należy uwzględnić nie realność ustalenia zasad postępowania we wszystkich sytuacjach, w których może znaleźć się lekarz. Żaden bowiem kodeks nie stanie się receptą postępowania w każdej sytuacji. Ta nieprzekładalność zaleceń kodeksowych na wiele sytuacji, szczególnie sytuacji konfliktowych, wynika z prostej prawdy, że życie dostarcza różnych, jakże często nie przewidywanych sytuacji. Kodeks etyki nie może stać się przeciwieństwem nakreślonych z góry szczegółowych zasad postępowania. W jaki bowiem sposób, na przykład, ma wskazywać deontologiczny kierunek postępowania w dylemacie etycznym, w którym lekarz musi dokonać wyboru pomiędzy dwiema istotnymi wartościami?

Uwagi do konstrukcji kodeksów

Obecny Kodeks Etyki Lekarskiej został w czasie ostatniej nowelizacji znacznie poszerzony i znalazły się w nim liczne uszczegółowienia dotyczące zasad postępowania w różnych sytuacjach. Są one niejednokrotnie mało precyzyjne, a także stanowią w wielu miejscach po prostu powtórzenie obowiązujące-

go prawa. Wspomnę chociażby art. 16, p. 3, art. 36, 73, 44, 64, 68 i 69, które stanowią dokładne powtórzenie obowiązującego prawa. Nieprzekładalność zaleceń kodeksowych na wiele sytuacji w pracy lekarza sugeruje, jak uprzednio wspomniałam, konstrukcję kodeksów w oparciu o ogólne zasady, pozostawiając lekarzowi rozstrzygnięcia dylematów zgodnie z lekarskim sumieniem. To sumienie każdego lekarza musi w wielu sytuacjach rozstrzygać o wyborze postępowania.

W dzisiejszej rzeczywistości nie brakuje w codziennej pracy lekarza dylematów etycznych. Co ma czynić lekarz, gdy pragnie działać zgodnie z dobrem chorego w oparciu o wiedzę medyczną i głos własnego sumienia wobec braku zgody chorego na takie działanie? Jak ma rozstrzygać sporne kwestie, gdy świadczenie medyczne dzisiaj przeważnie jest wykonywane zespołowo? Zasadniczą więc kwestią jest, czy opracowania deontologiczne w konflikcie wartości zdołają zdjąć z lekarza ciężar odpowiedzialności za decyzję odnośnie takiego a nie innego postępowania. Kazuistyka moralna pozostawia każdorazowo wybór lekarzowi, który z kodeksów etycznych powinien czerpać i w nich znajdować jedynie zasady postępowania, a nie szczegółowe rozwiązania.

W sytuacjach konfliktu wartości to lekarz musi dokonywać sądu wartościującego zasady zawarte w kodeksie. Rozstrzygnięcia te mogą być wspomagane zasadą uzyskiwania realnego dobra, a słuszność czynu musi być rozpatrywana w kontekście czasu, miejsca i warunków, w jakich działa lekarz.

Analizując rolę i znaczenie kodeksu etyki lekarskiej nie mogę pominąć nasuwającej mi się wielokrotnie wątpliwości dotyczącej znajomości kodeksu etyki lekarskiej wśród osób wykonujących ten zawód. Przykro mi wrzucać „kamyczek do własnego ogródka”, ale obawiam się, że zaledwie znikoma część lekarzy zapoznała się, na przykład, z obowiązującym kodeksem po jego ostatniej aktualizacji. Nasuwa się pytanie, czy jeśli lekarz nie zna kodeksu etyki, to znaczy, że będzie postępować nieetycznie? Jest bardzo wielu lekarzy głęboko etycznych w swoim postępowaniu, którzy nie mieli nawet kodeksu w ręku. I inna refleksja. Gdyby kodeks był rzeczywiście znaczącą pomocą w rozstrzyganiu etycznych problemów, z jakimi styka się lekarz w swo-

jej codziennej praktyce, to czy nie stałoby się to dostrzegalne w konfrontacjach z rozstrzygnięciami podejmowanymi w różnych sytuacjach? Wiedza w tym zakresie, jak również świadomość, że przestrzeganie kodeksu etyki lekarskiej, poza moralnym obowiązkiem, ma również charakter obowiązku prawnego, jest niedostateczna. Dotyczy to, niestety, również znajomości prawa medycznego obowiązującego w kraju. Wynika to z faktu, że w nauczaniu przyszłych lekarzy uwzględniono etykę dopiero w ostatnich kilkunastu latach, a z prawem medycznym student zapoznaje się wycinkowo w ramach nauczania np. medycyny sądowej lub etyki.

Kolejną przesłanką dla tworzenia kodeksów etycznych jedynie w oparciu o ogólne zasady jest konieczność uwzględnienia istniejącego dziś pluralizmu światopoglądowego. Problemem jest stworzenie kodeksu według reguł bezwarunkowych, akceptowanych powszechnie, opartych na niepodważalnej zasadzie zgodnej z etyką troski o drugiego człowieka. Myślę jednak, że ograniczenie kodeksu etyki lekarskiej do ogólnych zasad w oparciu o niepodważalną zasadę etyki troski o drugiego człowieka mogłoby pogodzić różnice światopoglądowe.

Podsumowanie

Pomimo konieczności aktualizacji kodeksów etyki lekarskiej wynikającej z postępu medycyny, należałoby przy ich tworzeniu ograniczyć zawarte w nich treści do ogólnych zasad postępowania. Niemożność wytyczenia powinności etycznych w ujęciu kazuistycznym, jak również w sytuacjach konfliktu wartości, sugeruje takie właśnie rozwiązania. Kodeks oparty na ogólnie wytyczonych zasadach postępowania ma specjalną szansę opierać się na wartościach godzących różne światopoglądy.

Zasady kodeksowe nie zastąpią poczucia odpowiedzialności lekarza wobec powierzanych mu wartości. To lekarz musi każdorazowo dokonywać rozstrzygnięć, zgodnie z najwyższymi wartościami określonymi w kodeksie i własnym stale kształconym sumieniem.

Prof. dr hab. med. Janina Suchorzewska, Akademia Medyczna w Gdańsku, jsuch@amg.gda.pl

Przyzwyczajaliśmy się do cichej akceptacji, że lepszy lekarz zmęczony niż żaden. Czy zgodzilibyśmy się również na samolot z przemęczonym pilotem, byle tylko polecieć w długą podróż?



Nieporozumienie z długą tradycją

Romuald Krajewski

Całkowicie nie zgadzam się z poglądami wyrażonymi w artykule „Do dyrektyw podchodzić ze zdrowym rozsądkiem” („GL” nr 1/2008) i chciałbym przedstawić zupełnie odmienny niż autora, Andrzeja Lewandowicza punkt widzenia na kwestię czasu pracy lekarzy i dyrektyw.

W skali Unii Europejskiej nie da się stworzyć przepisów, które będą odpowiadały wszystkim i będą przez wszystkich akceptowane. I na pewno nie tylko Autor jest z nowych przepisów niezadowolony. Dyrektywa w sprawie czasu pracy, jak większość innych przepisów, jest wyrazem woli większości i wszędzie ma przeciwników. Nie mamy dokładnych danych o woli lekarskiego środowiska zawodowego, ale założenie Autora, że środowisko będzie przeciwne dyrektywie, jest na pewno nieuzasadnione. Bardzo wielu lekarzy w Polsce problem ten nie dotyczy, a spośród zainteresowanych większość (zwłaszcza pracownicy nie pełniący funkcji administracyjnych) wydaje się być za wprowadzeniem nowych zasad.

Wprowadzanie nowych regulacji czasu pracy ma kilka celów. W przypadku ochrony zdrowia chyba najważniejszym jest poprawa jakości i bezpieczeństwa. W komunikacji lotniczej, transporcie drogowym i wielu innych dziedzinach, w których błędy pracowników wiążą się z zagrożeniem życia, wszyscy zgadzają się, że personel musi mieć bardzo ściśle określony czas pracy i odpoczynku. Rozumieją, że gdyby nawet jakiś as lotnictwa czy mistrz kierownicy chciał pracować przez 24 godziny na dobę, nie można mu na to pozwolić.

Jednak w jakiś trudny do zrozumienia sposób wielu ludzi skłonnych jest żądać maksymalnego bezpieczeństwa tam, gdzie są klientami, ale w sytuacjach, w których bezpieczeństwo zależy od nich samych, zachowują się jak asy lotnictwa czy mistrzowie kierownicy i absolutnie nie chcą zgodzić

się na zmiany. Brak zgody na zmianę powoduje interpretacje mające wykażać, że wszystko musi pozostać jak dotychczas.

Przykładów takiej interpretacji w artykule jest niemało.

1. Nie powinno się nazywać dezorganizacją zmian systemu, w którym działanie placówek ochrony zdrowia opiera się na zbyt małej liczbie personelu pracującego dużo ponad obowiązujący wszystkich ludzi czas pracy, gdzie niedostatki dostępu do świadczeń lata się świadczeniami wykonywanymi przez tych samych pracowników w innych miejscach pracy. Raczej należałoby stwierdzić, że obecnie mamy do czynienia ze zinstytucjonalizowaną dezorganizacją, do której przyzwyczailiśmy się tak, jak Łysek z pokładu Idy i nie wyobrażamy już sobie czegośkolwiek innego.
2. Ciągłość opieki jest bardzo ważna, ale dużo trudniej byłoby uzasadnić, dlaczego mogłaby ona mieć miejsce tylko pomiędzy 8:00 a 15:00. Może w istocie chodzi o to, co dzieje się po 15:00? Ciągłość opieki szpitalnej ulega zresztą przeobrażeniu z opieki indywidualnej w opiekę zespołową i również tu powodem jest bezpieczeństwo. Jednoosobowa ciągłość zbyt często okazuje się ciągłym powtarzaniem tych samych błędów i tylko aktywny udział innych osób pozwala zauważyć i zmienić utarte, lecz niewłaściwe postępowanie.
3. W jaki sposób zmniejszenie czasu pracy lekarzy i zapewnienie wypoczynku miałyby bardziej dezorgani-

zować im życie rodzinne niż obecna praca ponad miarę, trudno pojąć. Jeżeli ktoś mniej pracuje, ma więcej czasu na inne zajęcia, w tym na naukę i dla rodziny.

4. Odrzucanie niewygodnego prawa, sugerowanie, że twórcy prawa europejskiego są oderwani od rzeczywistości, namawianie do spacyfikowania prawa, patrzenia na nie przez palce, stawianie subiektywnych kryteriów „moralności” ponad prawem, to bardzo niewłaściwe podejście. Dużo lepiej jest dyskutować o tym, jakie prawo powinno być, kiedy już trzeba przestrzegać je, a jeżeli jest taka potrzeba zastanawiać się, jak je poprawić.
5. Porównanie Polski w UE do sytuacji Polski w objęciach wschodniego suwerena i proponowanie, by tak samo, jak w owych czasach, zająć się sabotowaniem przepisów świadczy chyba o tym, że Autor gdzieś się pogubił. Jest całkiem duża, dla większości Europejczyków jasna i zrozumiała, różnica między sposobem tworzenia dyrektyw unijnych a sposobem tworzenia dyrektyw KC KPZR.

W odniesieniu do lekarzy, i nie tylko lekarzy, dyrektywy czasu pracy nie przestrzega wiele krajów. Wielka Brytania najbardziej broni starych zasad, ponieważ w wyniku krótkowzrocznej polityki do czasu uruchomienia masowego importu pracowników z krajów Commonwealth i poszerzonej Unii miała najniższe w Europie wskaźniki personelu, a w NHS zatrudnienie jest podstawową formą pracy. Obecnie zbliżają się już one do pol-

skich, polskie zaś maleją w kierunku brytyjskich. Oba kraje mają podobne kłopoty i pewne jest, że podobnie jak w Wielkiej Brytanii tak i w Polsce dyrektywa nie będzie w 100% wdrożona od 1 stycznia 2008. Nie należy jednak poszukiwać sposobu obejścia czy lekceważenia przepisów, lecz sposobu dostosowania się do nich.

To oczywiście może być trudne, jeżeli „organizacja” pracy polega na dyżurowaniu 3-5 razy w tygodniu, a po zmianie będzie polegała – jak pisze Autor – na pracy przez wszystkie noce w tygodniu. Normalnie taką „organizację” nazywa się wyzyskiem i wprowadza się przepisy, które chronią pracowników przed zapędami pracodawców oraz przed ich własnymi przyzwyczajeniami.

Przyzwyczailiśmy się do przyjmowania na zasadzie cichego porozumienia, że lepszy lekarz zmęczony niż żaden. Czy jednak tak powinno być nadal?

Po pierwsze, ciche porozumienie już nie funkcjonuje i przy każdej pomyłce realnie grozi odpowiedzialność. Pacjenci są uczulani przez media i ekspertów na fakt, że leczenie często jest suboptymalne i że wnikliwa analiza w większości niepowodzeń wykazuje konkretne błędy, które coraz łatwiej można zamienić na pieniądze.

Po drugie, nieprawdą jest, że lepiej jakkolwiek niż wcale. Czy w transporcie lotniczym zgodzilibyśmy się na podstawianie jakiegokolwiek samolotu z przemęczonym pilotem, byle tylko polecieć? W sytuacji nadzwyczajnej pewnie tak, ale gdyby miało to być regułą, chcielibyśmy, aby taka linia lotnicza jak najszybciej przestała istnieć.

Po trzecie, błędem byłoby podtrzymywanie dysfunkcyjnego systemu, który w dużym stopniu polega na tworzeniu pozorów, a odpowiedzialność za niedostatki organizacyjne, które wychodzą na światło dzienne, przerzuca na osoby wykonujące świadczenia.

Utrzymywanie, że lekarze mają obowiązek być obecni w publicznych zakładach opieki zdrowotnej niezależnie od warunków i organizacji pracy jest nieporozumieniem. Nieporozumieniem z długą tradycją. W rzeczywistości to osoby odpowiedzialne za organizację publicznego systemu ochrony zdrowia mają obowiązek zapewnić, że będą w nim lekarze. W krajach europejskich robi się to stwarzając odpowiednie warunki. W Polsce do tej pory pokrzykiwaniem, wygrażaniem i brakiem lepszych możliwości. Czas na wdrożenie nowych zasad.

Wyrok za „doktora”!

Zygmunt Wiśniewski

W Stanisławowie w 1935 r. pewien lekarz, określany jako N., niedawno tam osiedlony, używał na pieczętce tytułu „doktora medycyny” (dr med.).

Tytułem tym nobilitował się też na wizytówkach i tablicy zawieszanej na drzwiach mieszkania. Ktoś, w sprawozdaniach prasowych pojawia się tylko kryptonim XY, zaskarżył lekarza N. do starosty powiatowego o nieuprawnione używanie tytułu doktora. Starosta w Stanisławowie, decyzją z 9 marca 1936 r., polecił owemu „doktorowi” usunięcie z pieczętki, wizytówek i tablicy tytułu, do którego nie miał uprawnień. Doktor N. odwołał się do wojewody, także w Stanisławowie, który podtrzymał decyzję starosty.

Wczoraj „doktor”,
od dzisiaj „lekarz”

Dla polskich organów administracyjnych sprawa była jednoznaczna: lekarz legitymował się dyplomem uczelni zagranicznej, równorzędnym z pol-

skim dyplomem lekarza. Uczelnią tą był Uniwersytet im. Karola w Pradze. Na uniwersytecie praskim dr N. uzyskał 28 czerwca 1929 r. dyplom „doktora wszech nauk lekarskich”. Dyplom ten dr N. nostryfikował następnie 21 lutego 1933 r. na Uniwersytecie Poznańskim. Rada Wydziału Lekarskiego UP wydała absolwentowi medycyny z Pragi dyplom lekarza. W Polsce od 25 września 1932 r. obowiązuje rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej, według którego absolwenci wydziałów lekarskich polskich uniwersytetów otrzymują po ich ukończeniu tytuły zawodowe „lekarzy”.

Sprawa przed organami administracyjnymi przeciwko doktorowi N. ze Stanisławowa ilustruje zamieszanie, jakie powstało w polskim środowisku lekarskim po wprowadzeniu na uniwersy-

tetach w monarchii austriackiej łacińskiego tytułu *doctor medicinae universae*, który przetłumaczono dość dowolnie na język polski jako „doktor wszech nauk lekarskich”.

W całej Europie obowiązywał od stułeci dwustopniowy system dyplomów studiów lekarskich: stopień niższy (bez tytułu naukowego) i stopień wyższy – doktora medycyny. Funkcjonowali więc jednocześnie lekarze (bez tytułów doktorskich), doktorzy medycyny i doktorzy wszech nauk lekarskich. Doktor N., jako absolwent uczelni praskiej, a więc kontynuującej tradycje austriackie, legitymował się czeskim dyplomem „doktora wszech nauk lekarskich”. Jeśli więc przekroczył prawo, to w określeniu „doktor medycyny”, bo gdyby się tytułował „doktor wszech nauk lekarskich” albo po prostu „doktor” (dr), to pewnie nie przegrałby tak jednoznacznie prestiżowej sprawy w urzędach. A przegrał ją w obu instancjach, powiatowej i wojewódzkiej, a także w Najwyższym Trybunale Administracyjnym.

Najwyższy Trybunał Administracyjny, przedwojenny odpowiednik obecnego Naczelnego Sądu Administracyjnego, nie tylko utrzymał w mocy decyzję wojewody stanisławowskiego, ale – traktując pewnie sprawę jako precedensową – obszernie swoje stanowisko uzasadnił.

Po pierwsze więc NTA stwierdzał w swym orzeczeniu, że od 25 września 1932 r. obowiązuje w Polsce rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej, według którego absolwentowi studiów lekarskich na uniwersytetach polskich przysługuje tytuł lekarza.

W stwierdzeniu tym, tak kategorycznie sformułowanym, jest wiele przesady. Gdyby sprawa trafiła do sądu, i prowadziłby ją wytrawny adwokat, to nie musiałaby skończyć się niekorzystnie dla dr N. Tytuł doktora wszech nauk

dokończenie na str. 30



Wyrok za „doktora”!

dokończenie ze str. 28

lekarskich był powszechnie używany, wystarczyłoby więc, aby dr N. zmieniał tylko wizytówki i pieczątki. W oczach nieorientowanej klienteli jego gabinetu mogłoby to nawet uchodzić za zdobyście wyższego progu wtajemniczenia medycznego, bo „doktor wszech nauk lekarskich” brzmiał bardziej nobliwie niż „doktor medycyny”.

Po drugie – uzasadniał NTA – *dypłom Uniwersytetu Poznańskiego (nostryfikacja) jest równoznaczny z dyplomem lekarskim, lecz nie z dyplomem doktora wszech nauk lekarskich uniwersytetów polskich*. Ze stwierdzenia tego można wnioskować, że gdyby dr N. otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim, to mógłby używać tytułu doktorskiego, nie podlegałby więc praktyce weryfikacyjnej, o której piszą sędziowie Trybunału. Dr N. ze Stanisławowa miał pecha, że swój praski dyplom nostryfikował w Poznaniu, gdzie obowiązywała wcześniej tradycja niemiecka i dyplomów „doktora wszech nauk lekarskich” nigdy nie wydawano. Sędziowie dopuścili jednak w pisemnym uzasadnieniu, że gdyby zainteresowany nostryfikował dyplom przed 30 czerwca 1930 r., to mógłby używać tytułu „doktora wszech nauk lekarskich”, z zaznaczeniem, że nie byłoby to równoznaczne z tytułem doktora medycyny. Data 30 czerwca 1930 jest tak ważna, ponieważ wprowadzała jednolite nazewnictwo lekarskie.

Sędziowie NTA mieli chyba problemy z interpretacją zawilego nazewnictwa absolwentów studiów medycznych.

Powstała zwłaszcza wątpliwość, czy można było być doktorem („dr”) nie będąc doktorem medycyny (dr med.).

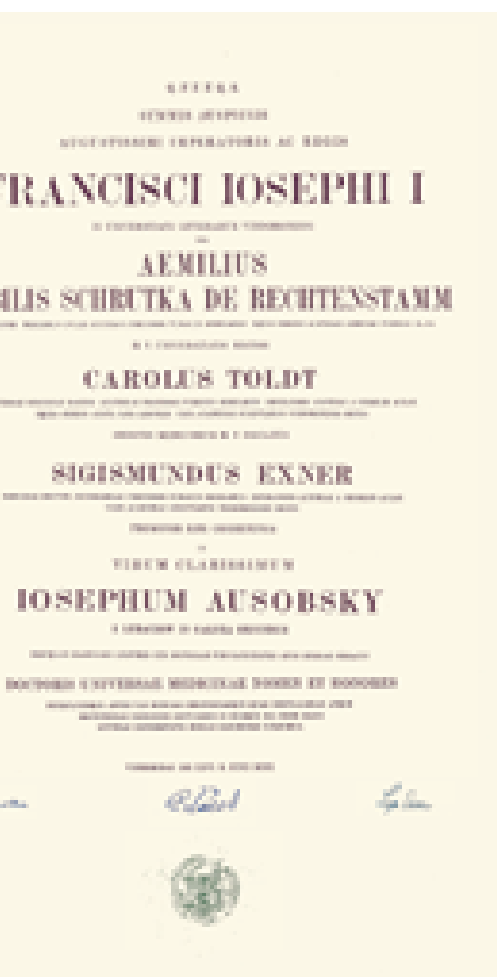
Doktor doktorowi nierówny

Przypadek doktora N. ze Stanisławowa przydarzył się już po ustaniu dyskusji w prasie lekarskiej, w której pojawiły się różne „za” i „przeciw”. Przy-

kłady podawane w prasie uświadamiają, że co innego znaczył „doktór” (właśnie „doktór”, a nie „doktor”) w Małopolsce (istniejąca do dziś oboczność regionalna w mowie i w piśmie), a co innego w b. Kongresówce.

Żeby te zawiłości wyjaśnić, trzeba wrócić do prawa, które obowiązywało w Rosji, a rozciągało się także na Kongresówkę. Z uniwersytetów rosyjskich (m.in. Uniwersytetu Moskiewskiego, Akademii Wojskowo-Medycznej w Petersburgu, Uniwersytetu w Charkowie) absolwenci studiów medycznych wychodzili z tytułami zawodowymi pierwszego stopnia (lekarzy), a jeśli przedłożyli pracę naukową i złożyli egzamin przed komisją uniwersytecką – otrzymywali drugi stopień uniwersytecki (doktora medycyny, w skrócie dr med.). Pisanie dysertacji naukowej i jej obrona nie były powszechne. Absolwenci, którzy zamierzali lub musieli ze względów bytowych szybko podjąć pracę, poprzestawali na dyplomach I stopnia, czyli lekarzy. Uprawniały one do wykonywania praktyki lekarskiej. Inaczej było w przypadku tych, którzy zamierzali poświęcić się pracy naukowej lub sięgać po urzędy w resortach sanitarnych administracji państwowej. Od nich wymagano dyplomów doktorskich (dr med.).

Ustawodawstwo rosyjskie łagodziło różnice między lekarzami a doktorami medycyny zezwalając lekarzom na używanie tytułów doktorów (dr), ale bez przypisywania sobie tytułu doktora medycyny (dr med.). Ten zwyczaj obowiązywał także na terenie Kongresówki i wschodnich ziem dawnej Rzeczypospolitej. Tradycję tę uszanowała pierwsza polska ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej z 2 grudnia 1921 r., która sankcjonowała praktykę używania na wizytówkach i pieczętkach



lekarskich (lekarzy z dyplomami I stopnia) tytułu „dr”.

Na progu niepodległości w b. zaborze rosyjskim zamieszanie było więc nie małe. W najgorszej sytuacji byli lekarze, którzy ukończyli studia I stopnia na uniwersytetach niemieckich. Ci byli lekarzami i tylko lekarzami, ale bez prawa używania magicznych literek „dr”.

Doktorzy z nostryfikacji

Pomysłowość niektórych rzutkich absolwentów wydziałów lekarskich uczelni niemieckich pozwalała pokonać i tę trudność. Zorientowali się oni, że magiczne „dr” mogą zdobyć nostryfikując dyplomy. Polskie uniwersytety przyznawały absolwentom wydziałów lekarskich tytuły „doktorów wszech nauk lekarskich” (w skrócie „dr”). Posiadacz dyplomu otrzymanego drogą nostryfikacji też otrzymywał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Nadużycie czy też – łagodniej tę

praktykę określając – ominięcie prawa polegało na tym, że w Polsce nie trzeba było nostryfikować dyplomów uzyskanych na uczelniach państw zaborczych. Wprawdzie nie trzeba było, ale – interpretowali niektórzy – było można, bo prawo nie zabraniało. I namnożyło się doktorów wszech nauk lekarskich. Ci mieli prawo używania tytułu „doktor” (dr). Czym innym był tytuł doktora medycyny (dr med.), który przysługiwał tylko lekarzom po obrobie dysertacji doktorskiej.

Ten bałagan tytułarny ustawodawstwo polskie porządkowało etapami i z dużymi oporami ze strony praktykujących lekarzy, a także kandydatów na lekarzy. Organizacje studenckie starały się wydłużać okres funkcjonowania tytułu doktora wszech nauk lekarskich, który upoważniał do pisania magicznych literek „dr”.

Kres przetargom kładło rozporządzenie ministra pracy i opieki społecznej z 30 czerwca 1930 r., a sprawę przypieczętowało rozporządzenie Prezydenta RP (z mocą ustawy) z 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Po tych aktach prawnych w zawodzie mogli się pojawiać już tylko lekarze („lek.”) i doktorzy medycyny (dr med.). Ale prawo nie działa wstecz. Prawa nabyte przez doktorów wszech

nauk lekarskich były dożywotnie, i literki „dr” także.

W prasie lekarskiej z tego okresu pojawił się nawet postulat, aby ujednolicić nazewnictwo lekarskie decyzją o przyznaniu wszystkim praktykującym lekarzom tytułów doktorów wszech nauk lekarskich, a więc także prawa do stosowania skrótu „dr”.

Wracając do sprawy dr. N. ze Stanisławowa, trzeba stwierdzić, że Trybunał potraktował go nieżyczliwie, po najmniejszej linii oporu i w myśl suchej litery prawa. Pierwotny dyplom z Uniwersytetu w Pradze nadawał mu tytuł doktora wszech nauk lekarskich. Gdyby dyplom ten nostryfikował przed wejściem w życie ustawy z 1932 r. na każdym innym uniwersytecie polskim poza Poznaniem – uzyskalby zamiennik z tytułem doktora wszech nauk lekarskich. Tylko na uniwersytecie w Poznaniu, który wyrastał z tradycji uczelni niemieckich, nie wprowadzono tego austriackiego „erzacu”.

Upokorzenie, jakiego doznał dr N. ze Stanisławowa, wcale nie było tak zasłużone, jak sądzili starosta i wojewoda stanisławowski, którym racje przyznali sędziowie Najwyższego Trybunału Administracyjnego.

Zygmunt Wiśniewski

PS Artykuły „Skąd się brali doktorzy?” opublikowane w „GL” nr 11 i 12/2007 sprostowały czytelników do pytań o współczesność. *Skąd się wziął tytuł „lekarz medycyny” (lek. med.), czy któraś z polskich uczelni medycznych nadawała takie tytuły? Ja i moi koledzy mamy dyplomy lekarzy!* – napisał dr T. K. z Łodzi.

Rację ma autor listu, że absolwenci współczesnych polskich uczelni medycznych kończą studia z dyplomami „lekarzy”. Przyjął się zwyczaj dodawania do skrótu „lek.” dodatku „med.”. Nie wnikając w poprawność merytoryczną i językową tego skrótu (o to należałoby poprosić językoznawcę) bez ryzyka błędu można stwierdzić, że skrót ten powstał przez analogię do tytułu „doktor medycyny” (dr med.), dziś doktor nauk medycznych (dr n. med.).

Prapoczątek lekarskiego nazewnictwa zawodowego sięga czasów, kiedy z uniwersyteckich wydziałów filozoficznych wydzielono wydziały lekarskie. Wtedy do absolwentów wydziałów humanistycznych przypisano tytuły magistrów, a lekarze, którzy nie pisali dysertacji doktorskich, pozostawali absolwentami I stopnia, właściwie bez tytułów. Szkoda, że absolwenci studiów medycznych nie otrzymywali także tytułów magisterskich. Zrównałoby to ich z innymi absolwentami uniwersytetów. Uprościłoby też nazewnictwo dzisiejsze. Lekarzem (czyli człowiekiem uprawnionym do leczenia) dziś zostaje się po zdaniu LEP-u, a nie po ukończeniu studiów. Gdyby więc do LEP-u przystępowali magistrzy medycyny, to nie byłoby obecnego zamieszania, w którym „lekarze” (absolwenci studiów medycznych, nie mający uprawnień do leczenia) pracują w firmach farmaceutycznych. Tytuł zawodowy lekarza otrzymywałby tylko magister medycyny pozytywnie zweryfikowany przez LEP. Inni pracowaliby w zawodach pośrednictwa medycznego i farmaceutycznego pozostając magistrami medycyny.

Zmiana tradycji jest jednak sprawą trudną. Nie można jej zadekretować, nie mówiąc o tym, że wymagałoby to zgody profesorów, rektorów i ustawowego załatwienia w sejmie.

A może, jeżeli LEP ma kreować „lekarzy”, sprawa warta jest zachodu?

Z. W.

REKLAMA

REKLAMA

Humaniści, artyści i pięknoduchy

Już od siedmiu lat w styczniu w Klubie Lekarza OIL w Łodzi – w rocznicę otwarcia Klubu – odbywa się wystawa malarstwa lekarzy. 20 stycznia br. miał także miejsce wernisaż VI Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy.



W tym roku wystawiono 136 prac, które prezentowało 40 twórców, w tym 15 z łódzkiej Izby – pozostali przybyli do nas z całej Polski. Jak zwykle była silna grupa z Warszawy (Włodzimierz Cerański, Zbigniew Maciejewski, Tadeusz Wolski, Grażyna Maria Zamorska). A reszta – od Szczecina (Mieczysław Chruściel) po Mielec (Halina Mąkowska). Malują lekarze i lekarze dentyści; ci ostatni od lat mają liczącą przewagę wśród naszych artystów. Wciąż pojawiają się nowe nazwiska (Katarzyna Bartz-Dylewicz, Irena Bowbelska, Jolanta Siłska-Hałupka – z Poznania czy Mieczysław Chruściel ze Szczecina).

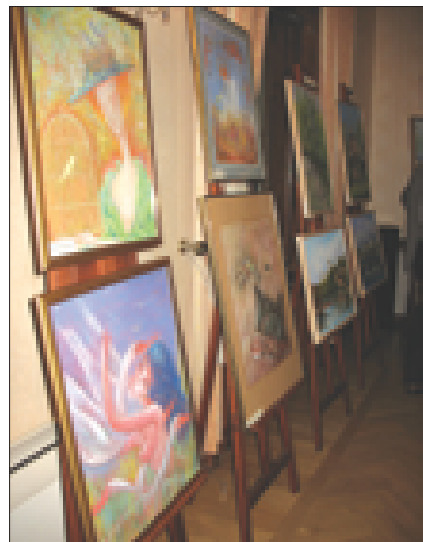
Prace wykonywane są w różnych technikach, z przewagą oleju, co rzadkie u niezawodowców. Tematyka dość skoncentrowana: pejzaże (także stanowiące pokłosie dorocznych plenerów organizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską) najliczniejsze, najczęściej przedstawiające polskie krajobrazy – „Góra zamkowa Bug Drohiczyński” (Reginy Antczak-Rutkowskiej z Warszawy), „Drohiczyński przed burzą” (Włodzimierza Cerańskiego z Warszawy), „Prokowo koło Kartuz...” (Tomasza Drewy z Bydgoszczy), „Uniejów – panorama od strony Warty” (Zdzisławy Janczak-Wyrobek z Uniejowa), „Widok z mojego okna” – fascynujący, nie do napatrzenia się pejzaż zimowy oraz „Nad rzeką w cieniu drzew” (Jolanty Kaflńskiej-Wasiak z Łodzi), „Park na Zdrowiu” (Małgorzaty Majewskiej-Kawińskiej z Łodzi), „Mazury” (Tadeusz Notowski z Włocławka), „Pejzaż podmiejski”, „Pejzaż górski” (Ja-

dwigi Wardeckiej-Borysiewicz), „Pejzaż morski” I i II – Mielno (Tadeusza Wolskiego z Warszawy) czy „Ruiny zamku w Janowie Lubelskim” (Grażyny Marii Zamorskiej z Warszawy).

Pejzażom towarzyszyły obrazy przedstawiające architekturę i przyrodę, odzwierciedlające wizje artystów: „Kapliczka” i mocna, męska „Grabarka” (Włodzimierza Cerańskiego), „Nagość przedwiosenna” (Bogumiły Kempieńskiej-Mirowskiej z Łodzi), „Ulica w Linlithgow” (Małgorzaty Kowalczyk z Łodzi) czy „Światło” (Zbigniewa Maciejewskiego z Warszawy).

Stosunkowo mało – w porównaniu do poprzednich wystaw – było kwiatów: piękne „Chryzantemy” (Zofii Bachowskiej-Musiał z Warszawy) czy martwej natury – „Martwa z czajnikiem” (Anny Boszko z Otwocka).

Nagrodę Publiczności, za utrzymane w swym stale doskonałym stylu, dojrzałe i urokliwe prace otrzymała Małgorzata Majewska-Kawińska z Łodzi („Am-



sterdam V” – kiedyś pokochałam „Amsterdam III” – oraz „Park na Zdrowiu”).

Zachwyciły delikatne, jak ich Autorka, ulotne, alegoryczne pastele Alicji Naruszewicz-Petrenko oraz oleje (pejzaże, przyroda) Jolanty Kaflńskiej-Wasiak z Łodzi (każdy z nich może w moim domu zamieszkać, jakby był od dawna wtulony w jego beżowe ściany).

Ogromny triumf odniósł Mieczysław Chruściel ze Szczecina swoimi oryginalnymi i fascynującymi, faktycznie i w przenośni – „wychodzącymi z ram” portretami.



Na wystawie zachwycali też i wprowadzały w artystyczno-poetycki nastrój podpisy pod niektórymi obrazami, np. wszystkie pod obrazami Bogumiły Kempieńskiej-Mirowskiej („Gruski senne”, „Zbliżenie zielone”, „Nagość przedwiosenna”, „Tulipanowe oczekiwanie”), czy Alicji Naruszewicz-Petrenko „Tylko w rzeczach ślad dawnych dni”.

A ja, jak będę chciała się wzruszyć, doznać nieco silnych emocji, to wspomnę krzyczący, ognisty obraz Anny Boszko pt. „Emocje”.

W wernisażu VI Ogólnopolskiej Wystawy Malarstwa Lekarzy w Łodzi, choć zwykle, niezależnie od pogody i pory roku, ściągali tam tłumy, wzięło udział najwięcej gości spośród wszystkich dotychczasowych wernisaży – około 400 osób! Przewodniczący ORL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski obdarował artystów dyplomami i czerwonymi aż aksamitnymi różami, zaś wiceprezes NRL Ryszard Golański podkreślił ogólnopolską wartość organizowanych w łódzkim Klubie Lekarza wystaw.

Te doroczne wystawy potwierdzają fakt, iż współcześni lekarze to nadal humaniści, artyści i pięknoduchy, a nie tylko umęczone ofiary swego zawodu oraz że twórczość malarska ma wielu wielbicieli i przyjaciół, i sprzyja realizacji jednej z istotnych funkcji samorządu lekarskiego: wspólnie integruje środowisko.

Grażyna Rzepecka-Koniarek

Lekarski karnawał

Krakowski XI Bal Lekarzy przyciągnął do Hotelu „Pod Różą” 340 lekarzy z całej Małopolski. To kultowe miejsce u zbiegu ulic Floriańskiej i Św. Tomasza nie tylko posiada swoją magię, ale stało się jednym z najważniejszych wydarzeń towarzyskich w środowisku lekarskim naszego kraju.



Z krakowskimi lekarzami bawili się tradycyjnie już m.in. Joanna i Konstanty Radziwiłłowie oraz 20-osobowa grupa polskich lekarzy na stałe pracujących w Niemczech. Karnawałową zabawę na Floriańskiej uświetnił swoją obecnością wiceminister zdrowia Andrzej Włodarczyk, którego gospodarze z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, Jerzy Friediger i Jacek Tętnowski, ubrali w góralski kapelusz, „co by pan minister przed dobrymi radami raczył go uchylać”. Wręczanie bacowskiej ciupagi odroczone, jak donoszą wtajemniczeni, do czasu, aż dokonają nowej ekipy z Miódowej będzie więcej.

Biesiadnicy tryskali humorem, a w menu roiło się od frykasów i szlachetnych trunków, których nadużycia jakoś nie dostrzegaliśmy.

Rozstrzygnięto kolejną, czwartą już edycję plebiscytu „Lekarz Roku 2007” i „Przychodnia Roku 2007”, której gala odbyła się podczas balu. Głosowało blisko 10 tysięcy czytelników „Gazety Krakowskiej”. Najlepszych lekarzy i najlepsze przychodnie, w przeciwieństwie do polityków, wybiera się tam nie dlatego, że obiecują coś zrobić, lecz za to, co już zrobili i co robią.

W kategorii „Lekarz Pierwszego Kontakt” triumfowali Krzysztof Dunaj z Miechowa, Krzysztof Kaim z Jurkowa oraz Katarzyna Stein-Sedlak z Tyńca. Za najlepszych specjalistów pacjenci uznali Marka Pieniążka z Małopolskiego Centrum Rehabilitacji Ręki w Krakowie, Mirosława Szurę z SADZ Medycina i Macieja Żarówkę z Kardiomedu w Tarnowie. Ulubione przychodnie małopolskich pacjentów to: NZOZ Tyniec, Zespół Przychodni Specjalistycznych w Tarnowie i Małopolskie Centrum Rehabilitacji Ręki w Krakowie.

„Rosnące z roku na rok zainteresowanie pacjentów tą akcją świadczy o docenianiu naszej, codziennej ciężkiej pracy oraz uznaniu dla ofiarnych i wspaniałych kolegów i koleżanek” – mówi Jerzy Friediger, szef krakowskiego samorządu lekarskiego, który patronuje plebiscytowi. „Lekarz jak matka, towarzyszy nam na długo przed naszym narodzeniem. I pozostaje obok do końca naszych dni. We współczesnym świecie nie ma innego takiego zawodu” – zauważa Tomasz Lachowicz, red. nacz. „Gazety Krakowskiej”, współorganizatora plebiscytu. Lekarzom gratulujemy, a pacjentom życzymy zdrowia.

(ms)



„Junior starszy” najlepszym zawodnikiem

W dn. 9-11.11.2007 r. odbył się Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy, po raz jedenasty zorganizowany przez Komisję Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi. W tych trudnych dla ochrony zdrowia czasach przyjechało do gościnnych Pabianic wiele koleżanek i kolegów z całej Polski (52 osoby).

Z satysfakcją informujemy, że reprezentanci łódzkiej izby zdobyli najwięcej miejsc na podium, a najlepszym zawodnikiem turnieju został uznany przewodniczący wspomnianej komisji ORL, dyrektor Turnieju i główny jego organizator – Janusz Malarski. Nasz kolega, który sam nazywa siebie „junior starszym”, zdobył dwa złote medale, zajmując w swojej kategorii wiekowej I miejsce w grze pojedynczej oraz I miejsce w grze podwójnej (z partnerem Krzysztofem Migalą).

Na zakończenie zawodów zdobywcy trzech pierwszych miejsc w swoich kategoriach (szczegółowe wyniki poniżej) otrzymali medale oraz drobne upominki. Specjalne wyróżnienia zostały ponadto wręczone: Zbigniewowi Cieślakowi – puchar „Fair play”, ufundowany przez prezydenta Pabianic, Klaudiuszowi Cieplińskiemu – puchar dla „Najbardziej przebojowego uczestnika turnieju”, ufundowany przez przewod-

niczącego ORL w Łodzi, Annie Balickiej – puchar dla „Najmilszej uczestniczki”, ufundowany przez TU Inter Polska.

Z przyjemnością również informujemy, że podczas turnieju honorowymi odznaczeniami Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy – „Złotymi Rakietkami” wyróżnieni zostali: prezes ORL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski oraz zawodnicy: Renata Banaś-Samson, Wiesław Krakowski, Dariusz Obin i Sławomir Stawicki.

Na koniec chcemy podziękować prezydentowi Pabianic Zbigniewowi Dychto i jego zespołowi za gościnność oraz pomoc w organizacji turnieju. Dziękujemy także wszystkim sponsorom, bez których wsparcia turniej nie mógłby się odbyć.

Adam Jakubowski i Bogusław Rataj
współorganizatorzy turnieju
fot. Elżbieta Sadura



Wyniki. Panie – gry pojedyncze – do 45 lat: Anna Balicka, Agnieszka Widziszowska, Małgorzata Olszewska-Płoszaj i Anna Jopp; **45+:** Bożena Kędzierska, Renata Banaś-Samson, Rozalia Szafranek; **debel – Kędzierska – Widziszowska, Balicka – Banaś-Samson, Olszewska-Płoszaj – Jopp.** **Panowie – gry pojedyncze – do 45 lat/grupa open i 35+:** Klaudiusz Ciepliński, Piotr Gomuła, Alfred Micał i Wojciech Wawrzynek; **45+ i 50+:** Andrzej Jasiński, Wojciech Pietrzak, Marcin Wroński i Marek Pudelko; **55+ i 60+:** Janusz Malarski, Zbigniew Cieślak, Krzysztof Migala i Józef Szafranek; **65+:** Antoni Prokopowicz, Józef Safian, Józef Herman i Bogdan Solarski; **70+:** Stanisław Kaczmarski, Stanisław Świerad, Zbigniew Frenszkowski i Erwin Pogoda; **debel – do 45 lat:** Pietrzak – Wawrzynek, Semczuk – Ferencz, Sieroszewski – Machala i Milek – Telega; **45+:** Pudelko – Stawicki R., Jasiński – Wroński, Chmura – Stawicki S. i Grabisz – Rataj; **55+:** Malarski – Migala, Cieślak – Obin, Olbrycht – Rudziński i Leończyk – Szafranek; **65+:** Herman – Kaczmarski, Safian – Solarski, Prokopowicz – Krakowski i Pogoda – Frenszkowski.

ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE
www.igrzyskalekarskie.org admin@igrzyskalekarskie.org

slalom gigant
slalom specjalny
zjazd
carving
biegi narciarskie
łyżwiarstwo
szybkie
triathlon zimowy
hokej na lodzie

6-9 marca 2008 ZAKOPANE - NOWY TARG

Impreza współorganizowana przez:
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym (Nowy Targ 8/9-03-08)
Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce (Zakopane 7/8-9-03-08)

SKOK *iz*
Izb Lekarskich

SKOK *iz*
Izb Lekarskich

**LOKATA
INVEST+
7%**

**WYPŁACAJ PIENIĄDZE KIEDY CHCESZ
I NIE TRAĆ ODSETEK!!!**

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl

PRZEDSTAWICIELE PRZY OKRĘGOWYCH IZBACH LEKARSKICH

POŻYCZKI

KREDYTY

LOKATY

Hipokratesowe laury

Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy uhonorował najlepszych sportowców roku 2007. Najlepszymi sportowcami zostali **Mirosława Przyłuska, Jerzy Starzyk i Sebastian Kawa**.

sport@gazetalekarska.pl

Rolę kapituły wybierającą sportowca roku pełniła Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji NRL, pod przewodnictwem **Jacka Tętnowskiego**. Spośród kandydatów wskazanych przez komisję sportu okręgowych izb lekarskich kapituła nominowała 8 sportowców wybierając w głosowaniu tajnym laureatów.

Nominacje za rok 2007 otrzymali: **Ewa Zimna-Walenzik dr n. med.**, wykładowca Katedry Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zdobywczyni 10 medali na Mistrzostwach Świata Medyków w Maroku, niepokonana na pływalniach Mistrzostw Polski w Pływaniu w Dębicy oraz Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem; **Joanna Szafranek-Pyzel, radiolog z Chelma**, niepokonana w tenisie stołowym na Igrzyskach Lekarskich w Zakopanem, uprawiająca z sukcesem tenis ziemny, triathlon, lekkoatletykę; **Mirosława Przyłuska, anestesjolog ze Szczecina**, której dorobek: 41 medali (w tym 7 na Mistrzostwach Świata Medyków) w roku 2007 jest rekordem trudnym do pobicia; **Małgorzata Sawa, lekarz dentysta z Radomia**, najszybsza pływaczka Igrzysk Lekarskich, zdobywczyni – z córką Martyną i synem Albertem – złotego medalu sztafet rodzinnych w pływaniu na 1L; **Jacek Łabudzki, pediatra z Sandomierza**, zdobywca 7 medali w biegach średnio- i długodystansowych na Mistrzostwach Świata Medyków; **Mirosław Szylejko, dr n. med., radiolog z Lublina**, zdobywca 3 medali na pływalni Mistrzostw Świa-



ta Medyków i 9 na Igrzyskach Lekarskich; **Jan Plaskacz, chirurg stomatolog, ortodonta z Rzeszowa**, złoty triathlonista Igrzysk Lekarskich, świetny pływak i narciarz alpejski; **Jerzy Starzyk, dr hab. n. med., pediatra-endokrynolog, kierownik kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie**, najsilniejszy lekarz Mistrzostw Świata Medyków w Maroku (2 złote medale, 1 srebrny).

Zwycięstwo Miśki Przyłuskiej, najwszechstronniejszej sportsmenki lekarki jest podkreśleniem jej niezwyklej aktywności na stadionach, pływalniach, szosach, narciarskich stokach i trasach imprez światowych i ogólnopolskich. Swoim sportowym charakterem i treningiem zyskała uznanie i popularność w środowisku lekarzy sportowców. Triumf Jurka Starzyka, który zdekla-

sował rywali na mistrzostwach świata w trójboju siłowym poprawiając własny rekord świata w Włoch (558 kg), zaskakując organizatorów, którym zabrakło odważników na sztandze, był w pełni uzasadniony. Złoty medal w rzucie dyskiem i srebro w kuli naszego strongmana, to efekt wypracowanego treningu i niezwyklej pracowitości niełatwych w połączeniu z pracą zawodową i naukową. Specjalne wyróżnienie przypadło najlepszemu pilotowi na świecie Sebastianowi Kawie, ginekologowi z aeroklubu z Bielska-Białej.

Sukcesy Sebastiana wybiegają znacznie poza rywalizację lekarską. Nie wszyscy zdajemy sobie sprawę, że wśród polskich sportowców trudno znaleźć zawodnika o porównywalnych wynikach. Sebastian od roku 2003 wygrał wszystkie najważniejsze zawody szybowcowe, w których uczestniczył, zdobywając 5 złotych medali mistrzostw świata i 2 złote mistrzostw Europy, a od roku 2005 jest uznawany przez Światową Federację Lotniczą za najlepszego pilota świata. Na krajowy zjazd lekarzy Sebastian przybył do Warszawy w drodze z Nowej Zelandii, gdzie zdobył kolejny tytuł Mistrza Świata w cyklu Grand Prix. W rodzinnym Międzybrodziu Żywieckim szybownictwo uprawia również ojciec Sebastiana, utytułowany pilot i trener Tomasz, siostra Anna, szwagier Krzysztof Marugi.

Fakt uhonorowania lekarzy sportowców na krajowym zjeździe był podkreśleniem roli lekarskiego sportu w integracji środowiska lekarskiego i kreowaniu aktywności sportowej i rekreacyjnej nie tylko na medalowym poziomie i miejmy nadzieję, że wejdzie do zjazdowej tradycji.

Krzysztof Makuch



Podczas wędzania wyróżnień lekarzom-sportowcom: Konstanty Radziwiłł, Sebastian Kawa, Maria Szuber, Mirosława Przyłuska, Jerzy Starzyk, Jacek Tętnowski

Tenisowe Mistrzostwa Świata Lekarzy

Z tarczą z San Diego

Skromna jedenastoosobowa reprezentacja Polski zdobyła worek medali.

Liczyliśmy jak zwykle na nasze „złotką” Agnieszkę Widziszowską oraz Bożenę Kędziorską, a tu nam wyrosło nowe „złotko”, Ania Sabok-Rzepka. Pojechała pierwszy raz na mistrzostwa po naukę, a wraca jak profesor ze złotem. Agnieszka i Bożenka swoje rywalki jak zwykle przeszły naszym walec. Reprezentują one silny męski tenis i nie jeden dobry tenisista nie dałby rady naszym koleżankom. Agnieszka na deser dorzuciła jeszcze złoto w debla w parze z Amerykanką Williams.

Osobistą ogromną satysfakcję sprawiły męskie deble. Liczyliśmy na to, że Wojtek Pietrzak i Marek Pudelko stworzą mistrzowską parę. I tak się stało. Świetne przygotowanie Marka do turnieju, jego siła gry i technika w połączeniu z mrówczą pracowitością i niebywałą szybkością Wojtka musiało zaowocować zdobyciem tytułu mistrzowskiego. Marek dorzucił jeszcze srebro, a Wojtek brąz w singlu.

Złoto w deblu w kategorii open zdobyli Michał Jędrzejewski razem z Marcinem Krywakiem. Razem w przeszłości grali wyczynowo w tenisa. Ta wspólna umiejętność czytania gry przeciwnika, ustawianie się na korcie plus technika sprawiają, że grę tej pary można oglądać z wielką przyjemnością. Swoją de-

blowy talent Marcin poparł zdobywając srebrny medal w parze z Agnieszką Widziszowską. Do kolekcji dołożył jeszcze brązowy medal w kategorii open. Ale to nie koniec zdobyczy tenisowych. Boguś Rataj znalazł Czecha o swojsko brzmiącym nazwisku Spicka i zdobył srebrny medal w debla w kategorii 45+.

Reprezentacja w Pucharze Narodów w składzie: Michał Jędrzejewski, Marcin Krywiak, Józef Szafranek, Wojciech Pietrzak, Bogusław Rataj, po rozgromieniu reprezentacji Japonii, poniosła po wyrównanej grze porażkę z późniejszym triumfatorom reprezentacją Stanów Zjednoczonych.

Podczas sesji naukowej zorganizowanej w trakcie mistrzostw swoją pracę pod tytułem „Serce w literaturze i medycynie” przedstawił Zbigniew Jabłoński. Ciekawy temat pracy spotkał się z dużym zainteresowaniem uczestników turnieju oraz miejscowej Polonii. Czy w 2008 r. będzie również tak wspaniale? Tenisowa mapa świata jest coraz bliżej Polski. Może Chorwacja okaże się największym sukcesem naszej reprezentacji. Serdecznie namawiam do wyjazdu na Mistrzostwa Świata do Chorwacji.

Krzysztof Migala

prezes Polskiego Stowarzyszenia Lekarzy

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

odbędą się w dn. 18-19.04.2008 r. w Dębicy – Pływalnia Miejskiego Zarządu Oświaty i Wychowania, 39-200 Dębica, ul. J. Piłsudskiego 19. Długość pływalni 50 m, 6 torów, temp. wody 28 st. C. Pomiar czasu ręczny. Organizatorzy: Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie, Miejski Zarząd Oświaty i Sportu w Dębicy, SP ZOZ w Dębicy, Międzyszkolny Klub Pływacki „Boby” w Dębicy, Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL w Warszawie. Zgłoszenia do 13.04.br., pod adresem: **OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10, tel. 017-853-58-37, faks 017-853-94-31, oilrz@pro.onet.pl, rzeszow@hipokrates.org, www.rzeszow.oil.org.pl** lub na adres Organizatora. Wypełniony formularz zgłoszenia wraz z dowodem wpłaty prosimy przesłać **w nieprzekraczalnym terminie do 13.04.br.** na adres OIL w Rzeszowie. Wpłaty na konto OIL w Rzeszowie: BPH S.A O/Rzeszów 26 1060 0076 0000 3200 0029 2886, z dopiskiem „Mistrzostwa-Dębica 2008”. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa przed 13.04.br. organizatorzy zwracają całą wpłaconą kwotę. Informacje: lek. med. **Janusz Bieniasz, 39-200 Dębica, ul. Grottgera 2b, tel. 014-670-52-61, 014-680-83-54, 0604-090-587, e-mail: bienjan@op.pl**; lek. med. **Lesław Ciepiela, 39-200 Dębica, ul. Ruchu Oporu 4, 0602-758-441**.

XI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

odbędą się w dn. 29.02.-2.03.2008 r. w Stalowej Woli, Hala Tenisowa MKT, ul. Wyszytel, tel. 015-844-14-44; 4 korty – nawierzchnia conipur syntetic. Zgłoszenia do 20.02.br., najlepiej e-mail: **almical@mp.pl** i kopia – **jacek1@akcja.pl** lub sms 0502-39-18-18 (Jacek Kowal), 0603-92-78-70 (Alek Mical). Wpłaty: 130 zł, dla członków Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy 100 zł na konto: Jacek Kowal PEKAO SA 80 1240 1907 1111 0000 1948 6826, tytuł „tenis”. Gry pojedyncze – panie: do 40 lat, +40; panowie: do 35, +35, +45, +50, +55, +60, +65, +70. Gry podwójne – panie: jedna grupa; panowie: do 45, 46-60, +60. Następne informacje na stronie **www.mktstalowawola.pl**

Wydział Lekarski AM w Warszawie, rocznik 1948-53

Tradycyjnie już spotkanie koleżeńskie, z okazji 60 rocznicy poznania się (rozpoczęcia studiów) i 55 rocznicy ukończenia studiów, **14.06.br. w Warszawie**, na które serdecznie zapraszam Koleżanki i Kolegów wraz z osobami towarzyszącymi. Koszt uczestnictwa od osoby 120 zł. Wpłaty na konto w Banku Millennium nr 23 1160 2202 0000 0000 1436 6963 na nazwisko Irena Brydowska-Skórzewska, z dopiskiem „Zjazd”, do 15.04.br. Proszę o równoczesne powiadomienie mnie pisemnie o chęci uczestnictwa z podaniem swojego aktualnego adresu i telefonu, abym mogła przekazać program i dalsze informacje. *Mój adres: ul. Saska 105 m. 24, 03-914 Warszawa, tel. 022-673-19-42 (z sekretarką) – do 15-20.04.br., a po tym terminie tel. kom. 0512-439-935.* Pozdrawiam. Do zobaczenia. Za komitet Irena Brydowska-Skórzewska

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1953-59

17.05.br. w Lublinie spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium. Przewidujemy spotkania z władzami uczelni i odnowienie dyplomów lekarskich. Szczegóły programu nadesłamy po potwierdzeniu chęci uczestniczenia w spotkaniu. *Informacje: Barbara Struska Mazur, tel. 081-742-62-67, tel./faks 081-740-16-51, 0601-276-084.* Zgłoszenia do 29.02.br.

Wydział Lekarski i Stomatologiczny PAM w Szczecinie, rocznik 1957-63

5.04.br. zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologicznego PAM w Szczecinie, z roku 1957-63. *Zainteresowanych prosimy o kontakt: Anna Krokocka, tel. 022-758-85-87; Magda Kazubek, tel. 022-812-11-48; Maria Korabiec, tel. 0606-780-978.* Serdecznie zapraszamy.

Absolwentów AM we Wrocławiu rocznik 1968

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w **dn. 10-11.05.2008 r. we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od osoby towarzyszącej 200 zł. Wpłaty na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 29.02.08 r. z dopiskiem „Zjazd 1968”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny: Wiesław Adamaszek, Krystyna Czernik, Wojciech Durek, Andrzej Karmowski, Wanda Poradowska-Jeszek, Krzysztof Wronecki

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1967-1973

Kolejny zjazd naszego rocznika w dn. **13-15.06.2008 r. Hotel Rubens w Łysomicach k. Torunia**. Zgłoszenia do połowy lutego br. Orientacyjny koszt 550 zł. Program i dalsze komunikaty po zgłoszeniu. *Za Komitet Organizacyjny: Jolanta Chmielewska, 87-100 Toruń, ul. Wybickiego 21b/4, tel. 056-655-14-41 i Romana Kasprycka-Janowska, 87-100 Toruń, ul. Przy Skarpie 68c/16a, tel. 056-648-40-34.* Wpłata na konto: Jolanta Chmielewska PKO BP SA II O/Centrum Toruń 96 1020 5011 0000 9002 0040 9656

Absolwenci AM w Lublinie, rocznik 1978

Spotkanie koleżeńskie po 30 latach od uzyskania dyplomu, **20.06.br. w Zespole Pałacowo-Parkowym w Wierzchowskich k. Lublina**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej 160 zł. Wpłaty na konto: BS Tarnobrzeg O/Nowa Dęba nr 83 9434 1083 2003 1303 0687 0001, z dopiskiem „Zjazd Absolwentów”. Potwierdzenie uczestnictwa wraz z dowodem wpłaty i dokładnym adresem prosimy przesłać do 10.06.br. na adres: **Zbigniew Warchoł, ul. Zielona 9, 39-460 Nowa Dęba, tel. 0601-404-167, e-mail: zb_ginek@tlen.pl**

Wydział Lekarski Oddział Stomatologiczny ŚLAM w Katowicach, rocznik 1988

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia ŚLAM w Zabrze, w dn. **3-5.10.br., G.A.T. SA Ośrodek Turystyczno-Sportowy Zagroń, ul. Wrzosowa 21, 43-370 Szczyrk**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta (osoby towarzyszącej) piątek-niedziela z noclegami 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem 300 zł. Wpłaty na konto Justyna Grzybowska-Substelna 30 1020 3668 0000 5802 0174 8045, do 15.08.br., z dopiskiem „Zjazd ŚLAM 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Justyna Grzybowska-Substelna, tel. +48 602-678-713, Ewa Pradela (Wieczorek), tel. +48 501-143-959, e-mail: j.substelna@wp.pl.* Za Komitet Organizacyjny Justyna Grzybowska-Substelna, Ewa Pradela (Wieczorek)

Absolwenci AM Kraków, rocznik 1993

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM im. Mikołaja Kopernika w Krakowie, **31.05.br. w Krakowie**. Opłata za uczestnictwo 250 zł od osoby. Wpłaty na konto Ryszarda Anielskiego, zam. 30-150 Kraków, ul. Armii Krajowej 93/14. Numer konta 29 1060 0076 0000 3100 0069 4461, z dopiskiem „25-lecie”, do 30.04.br. *Za komitet organizacyjny: Ryszard Anielski, tel. 0604-093-556 (msaniels@mp.pl), Krzysztof Bederski, tel. 0504-299-309 (kbederski@poczta.onet.pl), Wojciech Oleksy, tel. 0604-775-357 (yskelo44@mediclub.pl), Grażyna Umińska, tel. 0609-611-871.* Do zobaczenia!

Kochani, Koleżanki i Koledzy, Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, rocznik 1952-58

Ponawiamy prośbę o pilne przesłanie mi zdjęcia i notatki o sobie. To ostatnia szansa, aby powstał **nasz złoty album pamiątkowy**. Pozdrawiam i czekam! **Jolanta Zaręba-Wronkowska, ul. Św. M. Kolbego 6, 02-781 Warszawa, tel. 022-644-32-91, kom. 0501-677-511.**

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl
SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.
PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie
WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEŹDZIE.

Zebranie Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

odbędzie się **29.02.br. (piątek) o godz. 11.30 w Klubie Lekarza PTL, Warszawa, ul. Raszyńska 54. O Towarzystwie Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie (1896-1939)** mówić będzie mgr Hanna Bojczuk.

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy

uprzejmie informuje, że

VIII Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL

odbędzie się **7 marca (piątek) 2008 r. (początek godz. 18.00)**

w Klubie Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, ul. Czerwona 3.

Serdecznie zapraszamy Autorów-Lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej tradycyjnej imprezie, a Szanownych Gości – miłośników żywego słowa prosimy o łaskawe przybycie oraz „współbiesiadowanie”.

Osoby, które podczas Biesiady pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (w dwóch egzemplarzach) najpóźniej do 20 lutego br., *pod adresem: ZG UPPL 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka”).*

Uwaga! Zależnie od liczby zgłoszeń uczestników – dla każdego autora czas przewidziany na prezentację utworów wynosi 3 do 5 minut. *Teksty można również przesłać na dyskietce lub płycie CD, a także Internetem (w pliku, jako załącznik do e-maila), pod adresem: bsm3@tlen.pl*

Uwaga! Konieczne jest przy zgłoszeniu podanie swojego dokładnego adresu pocztowego (ew. też e-mail) oraz numeru telefonu kontaktowego (stacjonarnego i komórkowego).

Istnieje możliwość rezerwacji tanich noclegów w Hotelu Asystenckim PL – tuż obok Klubu Lekarza (jest tam także parking).

Wszelkich informacji można zasięgnąć telefonując do OIL: tel. nr 042-683-17 -91 w. 110

Wyjazd do Hiszpanii i Portugalii

Współpracujące z Komisją Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie Biuro Podróży „KWATOUR” s.c. (ul. Gąbińska 9/37, 01-703 Warszawa, członek Warszawskiej Izby Turystyki) – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy, przygotowało dla członków samorządu lekarskiego **10-dniowy wyjazd do Hiszpanii i Portugalii** – samolotem – w terminie: **18-27.04.2008 r.** W programie zwiedzanie najciekawszych zabytków Hiszpanii i Portugalii; Sanktuarium w Fatimie i półtoradniowy wypoczynek nad Atlantykiem. W wyjeździe weźmie udział ks. prałat Roman Indrzejczyk, były długoletni krajowy duszpasterz służby zdrowia, kapelan Prezydenta RP, który w Kaplicy Objawień Sanktuarium w Fatimie odprawi Mszę św. w intencji Uczestników. Cena 3850 zł (zawiera VAT): samolot, autokar, hotele, wyżywienie, ubezpieczenie, pilot. *Informacje i zgłoszenia: Biuro „KWATOUR”, tel./faks 022-834-84-71, e-mail: kwatour@op.pl*

Narty w Alpach Francuskich

Samolot do **Grenoble**, zakwaterowanie wysoko w górach, przy trasach narciarskich; wyjazdy w **marcu 2008.**

Zgłoszenia: kwatour@op.pl – organizator wielu wyjazdów dla lekarzy.

Duszpasterstwo Pracowników Służby Zdrowia

zaprasza na

„**Rekolekcje wielkopostne w pigułce**”,

2 marca br. (początek o godz. 16.30)

w kaplicy przy **ul. Floriańskiej 3 w Warszawie.**

(za katedrą praską)

Rekolekcje będzie prowadził **ks. Edward Engelbrecht.**

Więcej informacji: **www.diecezja.waw.pl/dsz/**

Learn medical English
www.med-help.info

REKLAMA

REKLAMA

- **7-10.02.** Słupsk-Ustka. Sekcja Dermatologiczna Pol. Tow. Alergologicznego, Kat. i Klin. Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM w Gdańsku i Oddz. Pediatriczny Szpit. Woj. w Słupsku zapraszają na organizowane z okazji XVI Światowego Dnia Chorego IV Ogólnopolskie Warsztaty Naukowo-Szkoleniowe Sekcji **Dermatologicznej** PTA. Tematy: *Homeopatia czy medycyna oparta na faktach?*; *Pokrzywki 2008; Wyprysk atopowy u dzieci i dorosłych; Alergia kontaktowa; Leki biologiczne; Leki przeciwhistaminowe; Forum dyskusyjne Sekcji Dermatologicznej PTA; Jakość życia; Mikologia dla alergologów; Czynniki bakteryjne w etiologii chorób alergicznych; Jak zapobiegać procesom starzenia?*; *Poranki kliniczne – prezentacje przypadków*. Konferencja adresowana do lekarzy **alergologów, dermatologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych**. Konferencja, noclegi, wystawa firm: Ośrodek Wypoczynkowo Konferencyjny Jantar, Ustka ul. Wczasowa 14, www.jantar.ustka.pl, tel. 505-760-129, 059-814-40-93, faks 059-814-42-87, e-mail: jantar@ta.pl, anc@op.pl. Kier. Nauk.: prof. nzw. AM dr hab. Roman Nowicki – Kat. i Klin. Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AMG, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel. 058-349-25-90, 603-746-728, faks 058-349-25-86, rnowicki@amg.gda.pl. Informacje: <http://www.ekonferencje.pl/Ustka2008/>

Interdyscyplinarna Akademia Medycyny Praktycznej.

Szkolenia dla lekarzy z zakresu:

- **chorób narządu ruchu:** • **16.02.** Lublin, • **23.02.** Łódź, • **1.03.** Poznań, • **8.03.** Katowice

- **chorób cywilizacyjnych:** • **8.03.** Gdańsk.

Informacje: www.iamp.com.pl, tel. 022-498-52-17, faks 022-353-92-16.

- **23.02.** godz. 9.30-17.30. Warszawa. Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1. Warszawsko-Otwocki Oddz. Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje 19 sesję Szkoły **Pneumonologii** na temat **Astmy**. Będzie to ważne wydarzenie edukacyjne w zakresie chorób płuc, z udziałem najwybitniejszych ekspertów z wiodących ośrodków Warszawy, Łodzi, Krakowa, Katowic, Wrocławia i Szczecina. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl, kier. kursu Tadeusz M. Zielenka, tel. 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl, sekretarz Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jaczagod@mediclub.pl, sekretariat oddziału: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 (w. 106).

Instytut **Dermatologii** w Krakowie. Kursy praktyczne:

- **1.03. Testy płatkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji**, 6. Edycja.
- **12.04. Techniki immunoenzymatyczne ELISA i ELISPOT**, 2. Edycja. Jednodniowy intensywny kurs z przewagą ćwiczeń praktycznych. Skierowany głównie do osób rozpoczynających karierę w badaniach naukowych, chcących poznać techniki laboratoryjne
- **15.11. ELISPOT i hodowle komórkowe**, nowość.

Organizator: Instytut Dermatologii i laboratorium Celimun w Krakowie. Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

- **3-7.03.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. **Kurs na uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej w pracowni RTG** (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), **Testy specjalistyczne urzędzeń RTG** (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 0601-77-37-51, tel./faks 065-520-53-87, www.ekoatom.pl

- **3.03.-25.06.** Zakład Aerozologii i **Bioinżynierii Aerozoli** CBR abc-MED organizuje w Poznaniu, Szczecinie, Krakowie, Warszawie,

Łodzi, Gdańsku, Bydgoszczy, Lublinie, Rzeszowie, Wrocławiu i Białymstoku szkolenia dla **lekarzy, pielęgniarek i techników medycznych** pt. *Inhalacje diagnostyczne i lecznicze oraz Spirometria w praktyce*, połączone z prezentacją: *aktualnych zaleceń ERS i ATS dot. badań spirometrycznych i inhalacji oraz nowych możliwości zastosowania pomiarów spirometrycznych do indywidualnego dostosowania metody leczenia aerozolami*. Informacje: tel. 012-636-89-54, e-mail: abcomed@medinet.com.pl

- **15.03.** godz. 9.00-16.00. Łódź, Teatr Wielki, pl. Dąbrowskiego. II Kat. i Klin. Kardiologii UM w Łodzi oraz Fundacja „Dar Serca” Fundacja dla Kardiologii zapraszają na XIV Łódzką Konferencję **Kardiologiczną**. Tematyka: *Interwencje wieńcowe i leczenie wad serca; Nowe strategie leczenia przeciwzakrzepowego; Rekomendacje leczenia nadciśnienia tętniczego; Nowe cele i perspektywy leczenia niewydolności serca; Zagrożenia okresu menopauzy - temat wciąż aktualny; Forum przypadków klinicznych; Gorąca linia - najnowsze doniesienia z kardiologii*. Przew. Kom. Nauk.: prof. Maria Krzemińska-Pakuła. Zgłoszenia: Interservis Sp. z o.o. ul. Stefanowskiego 24, 90-537 Łódź, tel. 042-637-12-15 / 637-13-59, fax 042-639-79-80. Informacje: www.lodz.ptkardio.pl/konferencja. Koszt: do 1.03. - 50 zł (wpłata na konto), na miejscu - 60 zł. Nr konta: Bank PKO S.A. VI O/Łódź 30 1240 3031 1111 0000 3426 8447 z dopiskiem „kardio”

- **31.03.-4.04.** Szklarska Poręba. Warsztaty szkoleniowe **Programu Simontona: Psychoterapia w chorobie nowotworowej**. Warsztaty dla psychologów, lekarzy oraz wszystkich zawodowo zaangażowanych w pomoc osobom z rozpoznaniem choroby zagrażającej życiu. Informacje: www.simonton.pl. Zapisy: e-mail: programsimontona@wp.pl, tel. 071-347-82-15, 0507-559-682.

- **4.04.** Lublin. VII Międzynarodowe Sympozjum: **Choroby przełyku. Od refleksu do gruczołakoraka przełyku**. 6 pkt. edukac. Komitet Organizacyjny: II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego im. Prof. F. Skubiszewskiego, 20-081 Lublin, ul. Staszica 16, tel. 081-532-41-27, tel./faks 081-532-88-10, e-mail: grzegorz.wallner@am.lublin.pl. Zgłoszenia prac i rejestracja uczestników, rezerwacja hotelu e-mail: izabela.woszuk.@am.lublin.pl

- **4-5.04.** Podlaski Oddz. Pol. Tow. Akupunktury i Ośrodek **Akupunktury i Terapii Laserowej** w Białymstoku organizuje kurs doskonalący dla lekarzy: *Praktyczne stosowanie laserów biostymulujących w medycynie fizykalnej i laseropunkturze. Leczenie syndromów bólowych i stanów zapalnych narządu ruchu metodami laseropunktury*. Informacje i zgłoszenia: Białystok 15-444, ul. Piłsudskiego 17/31 A, tel. 085-652-18-17 (od godz. 12.00), 0503-629-208.

- **4-6.04.** Nałęczów. Komitet Organizacyjny Lubelskich Dni **Implantologicznych** zaprasza na konferencję: *Protetyka na implantach*. Informacje: www.osis.org.pl, e-mail: osislublin@wp.pl, tel. 081-53-273-62.

Tow. **Internistów** Polskich i Medycyna Praktyczna organizują:

- **24-26.04.** Warszawa. XXXVI Zjazd Tow. Internistów Polskich oraz VII Krajowa Konferencja Szkoleniowa TIP *Postępy w chorobach wewnętrznych - Interna 2008*,
- **18.04.** Kraków. *Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa - wytyczne praktyki klinicznej 2008*. Sympozjum satelitarne XXXVI Zjazdu Tow. Internistów Polskich,
- **24.04.** Warszawa. *Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej - czy lekarz może odmówić pacjentowi pomocy?*

Zgłoszenia: Medycyna Praktyczna, Dział Konferencji, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków, tel. 012-293-40-04, faks: 012-293-40-10, e-mail: szkolenia@mp.pl

- **8-10.05.** Lublin. Pol. Tow. Ginekologiczne, I Kat. i Klin. Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii AM w Lublinie, Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety” zapraszają na I Kongres **Ginekologii Małoinwazyjnej**. Warsztaty (pokazy na żywo z dwóch sal operacyjnych): *Zaawansowana laparoscopia; Leczenie krwawień czynnościowych; Leczenie nietrzymania moczu*. Tematyka kongresu: *Czy leczenie nowotworów narządów płciowych może być mniej inwazyjne; Uroginekologia; Chirurgia szyjki macicy; Nowe techniki małoinwazyjne; Bezpieczeństwo zabiegów ambulatoryjnych; Krwawienia z macicy- czy konieczna histerektomia; Endoscopia ginekologiczna; Zabiegi małoinwazyjne w położnictwie*.

- **10.05.** Warsztaty: *Instrumentacja endoskopowa - dla pielęgniarek bloków operacyjnych*.

Informacje: www.ginonkol.skolamed.pl, Biuro Organizacyjne Kongresu: Biuro Kongresów i Turystyki Skolamed, P-AIZ Konsulting Sp. z o.o., 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. 081-534-43-87, 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: kongres@paiz.com.pl, <http://kongres.paiz.com.pl>

- **8-10.05.** Katowice. Hotel Qubus. Kat. i Klin. **Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** Wydz. Lek. w Katowicach ŚIUM zaprasza na Międzynarodowe Sympozjum: **Koksartroza IV**, pod auspicjami Pol. Tow. Ortopedycznego i Traumatologicznego w ramach Dekady Kości i Stawów. Zgłoszenia: Górnośląskie Centrum Medyczne, S.P. Szpital Kliniczny nr 7 SUM, Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice, tel./faks 032-202-99-32, e-mail: ortopedia@gcm.pl. Sekretariat czynny w godz. 8.00-14.00.

- **9-10.05.** I Zakł. Med. Rodzinnej UM w Łodzi oraz Studenckie Koło Naukowe przy I Zakł. Med. Rodzinnej UM w Łodzi organizują II Międzynarodową Konferencję Naukową Studentów i Młodych Lekarzy **Medycyna Rodzinna**. Informacje: www.zmr.lodz.pl

- **15-18.05.** Kraków. Kat. i Klin. Chorób Metabolicznych UJ Collegium Medicum w Krakowie, Kat. i Klin. Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii ŚIUM w Zabrze organizują IV Karpaczką Konferencję **Diabetologiczną**. Główne tematy: *Patogeneza i genetyka cukrzycy; Zapobieganie cukrzycy; Leczenie cukrzycy; Przewlekłe powikłania cukrzycy; Problemy kardiologiczne w cukrzycy; Cukrzyca i ciąża; Stany nagłe w cukrzycy*. Współprzewodniczący Kom. Org.: prof. zw. dr hab. med. Jacek Sieradzki, prof. zw. dr hab. med. Władysław Grzeszczak. Informacje (rejestracja, zgłaszanie prac, rezerwacja hoteli, program konf.): www.ivkkd.cm-uj.krakow.pl

- **29-31.05.** Międzyzdroje. Tow. Terapii Monitorowanej z Pol. Tow. Farmakologii Klinicznej i Terapii, Komisją Farmakologii Klinicznej i Terapii Komitetu Terapii i Nauk o Leku PAN, Katedrą Farmakologii PAM w Szczecinie organizuje ogólnopolską konferencję: *Postępy w leczeniu chorób cywilizacyjnych*, dla **lekarzy, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych**. 7 pkt. dla lekarzy, 7 pkt. dla diagnostów laboratoryjnych, 6 pkt. dla farmaceutów. Informacje: Komitet Organizacyjny Ogólnopolskiej Konferencji Towarzystwa Terapii Monitorowanej, Katedra Farmakologii PAM, 70-111 Szczecin, al. Powstańców Wlkp. 72, tel. 091-466-15-89, 091-466-15-90, faks 091-466-16-00, e-mail: ktm@ams.edu.pl, <http://farmakol.pam.szczecin.pl>

- **13-15.06.** Zakopane. Instytut **Gruźlicy i Chorób Płuc** zaprasza na: *Forum Pneumonologiczne Badania Czynnościowe Płuc. Najbardziej aktualne zagadnienia dotyczące klinicznych zastosowań badań czynnościowych*. Koszt: 100 zł. Zgłoszenia: fizpat@igichp.edu.pl, tel. 022-43-12-223 lub Zakład Fizjopatologii Oddychania, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa.

- **18-20.09.** Białystok. Zarząd Sekcji **Periodontologii** Pol. Tow. **Stomatologicznego** zaprasza do udziału w Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt.: *Środowisko a stan jamy ustnej. Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej*. Informacje: Zakład Stomatologii Zachowawczej AMB, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok, tel./faks 085-742-17-74, e-mail: stomzach@amb.edu.pl, www.portalpts.pl

Ośrodek Kształcenia Medycznego przy Beskidzkiej Izbie Lekarskiej zawiadamia, że organizuje kursy ze „**Zdrowia publicznego**”. Kurs jest obowiązkowy dla lekarzy specjalizujących się nowym trybem i posiada akredytację CMKP. Przewidywane terminy kursów: 1) **31.03-4.04.**, 2) **2-6.06.**, 3) **20-24.10**. Ponadto w dn. **12-14.11.** planujemy zorganizowanie kursu z „**Promocji zdrowia**”. Informacje: na stronie www.bil.bielsko.pl (załączka Ośrodek Kształcenia – szkolenia) oraz Urszula Hrabowska, Ośrodek Kształcenia Medycznego, ul. Krasińskiego 28, 43-300 Bielsko-Biała, e-mail: okm@bil.bielsko.pl, tel. 033-822-77-72

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl, tel. 022-646-41-56

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, www.usg.webd.pl, r.baran@neostrada.pl. **Szkolenia z diagnostyki ultrasonograficznej i diagnostyki cytologicznej**. Nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów DIL: 69-000032-001-0000

Krakowskie Centrum Szkoleniowe „KANA-Centrum”. Kursy **medyczne**. Informacje: www.kanacentrum.pl

Kursy **Medyczne** Skolamed. Zgłoszenia: e-mail: tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, medyczne@paiz.com.pl. Pkty edukac. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl.

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Zapisy oraz informacje: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks: 032-251-22-64. Zgłoszenia na kursy i konferencję przyjmowane są telefonicznie bądź mailowo.

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** zaprasza na kursy podstawowe praktycznej ultrasonografii w 2008 r. Informacje na stronie www.usg.com.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

opr. (u)

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33, faks 022-695-40-32.
Księgarnia wysyłkowa 00-950 Warszawa 1, skr. poczt. 379, tel. 022-695-44-80,
faks 022-695-44-87, infolinia 0801 142 080, promocja@pzwl.pl, www.pzwl.pl



English for Medicine

Podręcznik dla studentów medycyny

Joanna Ciecierska, Barbara Jenike

wyd. I, Warszawa 2007, str. 412, płyta CD

Nowoczesny, praktyczny podręcznik do nauki specjalistycznego medycznego języka angielskiego. Zawiera najważniejszą problematykę, z jaką spotyka się lekarz w swojej praktyce, ćwiczenia pomagające w utrwalaniu wiedzy, komentarze na temat różnic pomiędzy językiem lekarza i pacjenta. Spis powszechnie używanych skrótów medycznych.



Farmacja praktyczna

red. nauk. prof. dr hab. n. farm. Renata Jachowicz

wyd. I, Warszawa 2007, str. 616

Wiedza przydatna w codziennej praktyce aptecznej. Zasady sporządzania leków w aptece, wydawania leków, udzielania porad przy ich wydawaniu, prowadzenia opieki farmaceutycznej. Omówiono działania niepożądane, interakcje, zasady prawidłowego stosowania leków. Informacje o nowych kierunkach rozwoju farmakoepidemiologii, farmakoekonomiki i promocji zdrowia oraz o regulacjach prawnych dot. wykonywania zawodu, funkcjonowania apteki i rejestracji leków. Książka polecana farmaceutom i studentom wydziałów farmaceutycznych.



Fitoterapia i leki roślinne

red. nauk. Eliza Lamer-Zarawska, Barbora Kowal-Gierczak, Jan Niedworok

wyd. I, Warszawa 2007, str. 500

Pierwsza część zawiera ogólne informacje o historii leczenia ziołami i lekach roślinnych. W części drugiej opisano substancje biologicznie czynne występujące w surowcach roślinnych o działaniach terapeutycznych. Trzecia część poświęcona jest zastosowaniu surowców zielarskich, galenowych przetworów ziołowych i preparatów farmaceutycznych w fitoterapii różnych chorób. Praktyczne wskazówki dotyczące stosowania leków i opisy preparatów dostępnych na rynku. Toksykologia roślin leczniczych. Publikacja adresowana do lekarzy praktyków, farmaceutów oraz studentów medycyny i farmacji.



Leczenie bólu

Jerzy Wordliczek, Jan Dobrogowski

wyd. I, Warszawa 2007, str. 428

Omówiono leczenie bólów ostrych i przewlekłych u dorosłych i dzieci. Podstawowe informacje o mechanizmach powstawania poszczególnych zespołów bólowych niezbędne do zrozumienia zasad stosowania różnych metod terapii. Liczne ryciny i tabele. Książka adresowana do lekarzy klinicystów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.



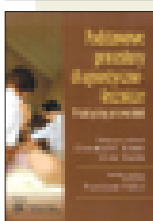
Leki wpływające na obwodowy układ nerwowy, przeciwpadaczkowe i przeciwbólowe, psychotropowe

prof. dr hab. med. Zbigniew S. Herman

seria: **Farmakologia i Farmakoterapia dla Lekarzy 2**

wyd. I, Warszawa 2007, str. 218

Omówiono najważniejsze aktualnie stosowane leki. Obszerne dopowiedzenia autora, internisty i farmakologa klinicznego, oparte na wynikach najnowszych badań naukowych i na własnych przemyśleniach i doświadczeniu klinicznym autora.



Podstawowe procedury diagnostyczno-lecznicze

Praktyczny przewodnik

red. nauk. Chandra M. Kumor, Chris Dodds

red. nauk. tłum. Franciszek Kokot

wyd. I, Warszawa 2007, str. 546

Podręczny poradnik klinicysty napisany przez specjalistów z zakresu medycyny klinicznej i stanów nagłych. Przedstawia kolejne etapy postępowania w zbiegach diagnostycznych i leczniczych. Algorytmy postępowania w stanach nagłych, problemy opieki nad chorymi w stanach krytycznych, resuscytacja noworodków, obsługa aparatów diagnostycznych i sprzętu medycznego. Przeznaczony dla anestezjologów, personelu medycznego oddziałów zabiegowych, ratowników medycznych.

Elsevier Urban & Partner, Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61. Zamówienia:
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86, elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl

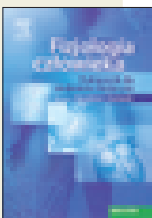
Fizjologia człowieka

Podręcznik dla studentów medycyny

red. Stanisław J. Konturek

Wrocław 2007, str. 1194

Podręcznik przygotowany przez zespół pod kier. prezesa Pol. Tow. Fizjologicznego prof. Stanisława Konturka zawiera nowoczesne spojrzenie i uaktualnione dane. Nauczanie fizjologii łączy z wiedzą kliniczną i stanowi jej faktyczną podstawę. Informacje z zakresu biologii molekularnej i biofizyki. Wiele rycin i wykresów, które lepiej pozwalają przyswoić materiał. Opracowanie jest spójne z „Atlasem fizjologii Nettera”. Publikacja dla studentów medycyny, weterynarii, wf, biologii, biotechnologii i zaczynających praktykę lekarską.



Tomografia komputerowa. Zastosowanie kliniczne

W. Richard Webb, William E. Brant,

Nancy M. Major

red. wyd. I pol. Jerzy Walecki, Tomasz Bulski

Wrocław 2007, str. 423

Publikacja dla radiologów. Ważne informacje na temat metodyki badania poszczególnych narządów i symptomatologia TK głównych schorzeń. Część prezentowanych przypadków ma unikalny charakter.



Sportowe urazy kręgosłupa

Ted A. Lennard, H. Mark Crabtree

red. wyd. I pol. Artur Dziak

Wrocław 2007, str. 250

Omówienie specyfiki indywidualnego uprawiania sportu i ścisłe określenie jego wpływu na kręgosłup – zagadnienia biomechaniki kręgosłupa. Ogólne zasady ruchów kręgosłupa charakterystyczne dla poszczególnych dziedzin sportu i konsekwencje tych ruchów. I część książki dot. biomechaniki i ogólnej budowy kręgosłupa. II omawia uszkodzenia i dysfunkcje kręgosłupa w zależności od wieku i ich wpływ na uprawianie sportu. III dot. poszczególnych dyscyplin sportu. Publikacja dla lekarzy, rehabilitantów i trenerów.



Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii do przygotowania się do egzaminów ustnych

z praktycznymi pytaniami i obszernym komentarzem

K. Lieb, B. Heßliner, Gitta Jacob

red i tłum. wyd. I pol. Tomasz Zyss

Wrocław 2007, str. 330

Wybór przypadków najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Każdy przypadek opisany jako suma doświadczeń zebranych u wielu pacjentów. Publikacja pomyślana jako dodatek praktyczny do podstawowego podręcznika. Omówiono diagnostykę psychiatryczną i metody terapii farmakologicznej oraz najważniejsze zasady obowiązujące w wybranych metodach psychoterapeutycznych.



Przypadki kliniczne z pediatrii

Freisinger Schuster, Liedtke-Maier

we współpracy z Nicole de Winkel

red. wyd. I polskiego Ewa Pronicka

Wrocław 2007, str. 262

Opisane przypadki kliniczne dotyczą chorób spotykanych w codziennej praktyce w szpitalu dziecięcym. Prezentowane są możliwe schematy postępowania. Publikacja adresowana do studentów i początkujących lekarzy rodzinnych i pediatrów.



Gastroenterologia

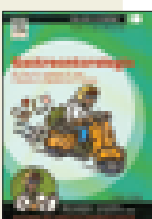
Ch. Fox M. Lombard, E. Lam, S. Konturek,

A. Gabrielewicz, M. Gonciarz

seria **Crash Course**

wyd. I pol. Wrocław 2007, str. 328

Seria nowoczesnych podręczników do przedmiotów klinicznych opracowanych i napisanych przez studentów i nauczycieli akademickich. Książka zawiera wyniki najnowszych badań, uwzględnia polskie doświadczenia z zakresu postępowania i diagnostyki chorób przewodu pokarmowego, trzustki i wątroby. Liczne ryciny.



Geriatrya. Wybrane zagadnienia

red. Krzysztof Galus

Wrocław 2007, str. 292.

Zagadnienia charakterystyczne dla wieku starszego i choroby właściwe dla tego wieku. Specjaliści dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem oraz przemyśleniami, które mogą posłużyć lekarzom do głębszego poznania specyfiki postępowania leczniczego w odniesieniu do osób starszych.



Opieka paliatywna. Oxford Handbook of Palliative Care

red. I wyd. pol. Andrzej Kübler

Wrocław 2007, str. 816.

Kompedium wiedzy medycznej oparte na dziele źródłowym „Oxford Textbook of Palliative Medicine”. Ukierunkowane na praktykę opieki paliatywnej. Szczegółowa charakterystyka metod postępowania w różnych sytuacjach. Podręcznik przydatny dla lekarzy i osób zajmujących się opieką paliatywną. Może zainteresować studentów medycyny i lekarzy rodzinnych oraz specjalistów, którzy nie zetknęli się z tą problematyką.

Ponadto nadesłano



trialBase 2006. Przegląd badań klinicznych w kardiologii

red. Krzysztof Stępień, Wojciech Wąsek

Konsultacja nauk.: Andrzej Budaj, Adam Witkowski

Instytut Aterotrombozy, 02-737 Warszawa,

ul. Niedźwiedzia 29 b, tel./faks 022-853-72-64,

www.aterotromboza.org.pl

To pierwsza publikacja wydana w Polsce obejmująca niemal wszystkie najważniejsze badania kliniczne z zakresu kardiologii, które opublikowano w 2006 r. Streszczenia badań, o których donosiły najbardziej znaczące czasopisma kardiologiczne oraz inne medyczne magazyny skierowane do różnych specjalizacji. Ponad 250 streszczeń badań klinicznych (pochodzą z internetowej bezpłatnej bazy trialBase). Cenne źródło wiedzy w codziennej praktyce każdego lekarza.



Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki

Barbara Woynarowska

wyd. I. Wydawnictwo Naukowe PWN S.A.

00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-43-21,

faks 022-695-40-31, e-mail: pwn@pwn.com.pl, www.pwn.pl

Warszawa 2007, str. 604

Część pierwsza „Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne”. Druga „Wybrane zagadnienia edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w wieku szkolnym”. Aneks, w którym zamieszczono ćwiczenia i zabawy rozwijające integracyjne, energetyzujące, relaksacyjne i ćwiczenia koncentracji. Podręcznik dla interesujących się profilaktyką zdrowotną. Wykorzystywany w kształceniu nauczycieli, pedagogów, lekarzy, pielęgniarek, położnych, specjalistów promocji zdrowia, żywienia i kultury fizycznej.



Nieludzka medycyna. Lekarze w służbie nazizmu

Stanisław Sterkowicz

Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o.,

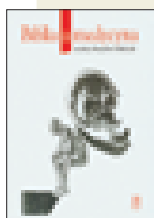
01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66,

e-mail: redakcja@medyk.com.pl, Księgarnia Internetowa

www.medyk.com.pl, infolinia 0801 554 542

wyd I. Warszawa 2007, str. 312.

Publikacja jest wynikiem ogromnej pracy, jaką autor wykonał zbierając dokumentację na temat zbrodni lekarzy hitlerowskich w latach 1933-45. Ukazuje też bohaterskie postawy lekarzy, którzy odważyli się przeciwstawić zbrodniczym eksperymentom. W dwóch pierwszych częściach omówione są historie zbrodni medycznych. W części trzeciej losy lekarzy niemieckich, którzy przeciwstawiali się zbrodni hitlerowskiej medycyny. W części czwartej przypomina autor najbardziej chlubne osiągnięcia niemieckiej medycyny.



Biblia a medycyna

red. Bogusław Pawlaczyk

Wydawnictwo Księgarnia Świętego Wojciecha

60-967 Poznań, pl. Wolności 1, tel./faks 061-852-91-86,

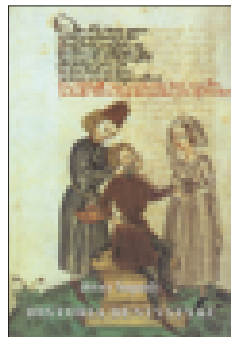
e-mail: wydawnictwo@ksw.com.pl, www.ksw.com.pl

Poznań 2007, str. 312.

Autorzy: prof. dr hab. med. i mgr prawa Bogusław Pawlaczyk oraz Małgorzata Zakrzewska – pielęgniarka, także studia na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, chcą przybliżyć temat choroby ludziom troszczącym się o chorych i samym chorym, pokazać jej wymiar duchowy. Książka opisuje fachowym językiem choroby, które leczył Pan Jezus w czasie swojej ziemskiej działalności, a także stawia hipotezy dotyczące charakteru chorób wspomnianych w Starym Testamencie. Konsultantami poszczególnych rozdziałów są specjaliści z różnych gałęzi medycyny. Książka może okazać się interesującą lekturą dla zainteresowanych bibliistyką, ale także dla pracowników służby zdrowia i samych chorych, którym pozwala zrozumieć, że uczestniczą w tajemniczy cierpienia, które trwa od początku świata i znajduje swoje ewangelijne rozwiązanie. Tom wzbogacają grafiki autorstwa współczesnych artystów plastyków, wybrane spośród prac wystawy „Gdy słowo staje się obrazem”.

opr. md

Historia dentystyki



Profesor Jerzy Supady, absolwent

Wydziału Lekarskiego i Historycznego,

kierownik Katedry i Zakładu Historii

Medycyny i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

wobec braku w polskim języku podręcznika historii

dentystyki światowej, niezbędnego dla studentów wydziałów

lekarsko-dentystycznych, postanowił temu zaradzić.

Ogłosił zatem prezentowaną książkę przedstawiającą stan dentystyki na terenie czterech kontynentów (Europa, Azja, Ameryka, Afryka) od czasów starożytnych do baroku (XVII w.), bogato rozbudowując tło historyczne warunkujące rozwój nauki; zasygnalizował też zamiar kontynuacji tego tematu. Ze względu na brak choćby cząstkowych opracowań wspomnianego problemu w polskim języku musiał ograniczyć się do dokonania syntezy z piśmiennictwa światowego. Podstawową pracą, z której korzystał, była książka Malvina E. Ringa pt. „Dentistry” (New York 1987). W naszym kraju jedynie Mieczysław Jesionowski opracował dzieje stomatologii, i to ograniczając się wyłącznie do sytuacji w Polsce.

Książka zawiera wstęp, 15 krótkich rozdziałów traktujących o dentystyce w starożytnym Egipcie, w starożytnej Mezopotamii, u starożytnych Hebrajczyków, w starożytnej Grecji, w starożytnych i średniowiecznych Chinach, w feudalnej Japonii, w tradycji hinduskiej, w tradycji Etrusków, w Rzymie, we wczesnym średniowieczu (Bizancjum, Europa Zachodnia od V do XII w.), u średniowiecznych Arabów, w Europie późnego średniowiecza, tj. od XIII do XVI w., w Europie okresu renesansu, u Indian z plemion Azteków, Majów i Inków, w Europie XVII w. oraz Indeks nazwisk (8 szpalt), Spis rycin (33 pozycje czarno-białe) i ważniejsze pozycje bibliograficzne (34 pozycje w angielskim, francuskim, niemieckim i polskim, z tego dwie z XIX w., pozostałe z XX w.).

W każdym kraju sytuacja w dentystyce kształtowała się odmiennie, co wynikało z uwarunkowań politycznych, cywilizacyjnych, religijnych i filozoficznych. Autor informuje o danych uzyskanych z wykopalisk, a później z zachowanego piśmiennictwa. Wymienia osoby, które dały swój wkład do dentystyki. Za ciekawostkę można uznać wiadomość, że już w starożytności stosowano protezy zębów, szynowano rozchwiane zęby, że Majowie ok. 600 r. po Chrystusie dokonywali nieograniczonych implantacji u osób żyjących, a w nie określonym czasie ozdabiali w celach kultowych zęby instalując w nich wkłady z oszlifowanych kamieni szlachetnych (*inlays*). O tym wszystkim, i nie tylko, można przeczytać w tej, wartej uwagi książce. Nie sposób jej streścić.

Publikacja ta, jak wspomniałam, jest przeznaczona dla studentów wydziałów lekarsko-dentystycznych. Ale będzie też stanowić pasjonującą lekturę dla lekarzy i stomatologów, którzy w programie swoich studiów nie zetknęli się z historią dentystyki i historią medycyny.

Teresa Ostrowska

Jerzy Supady „Historia dentystyki (starożytność, średniowiecze, renesans, barok)”. Łódź 2007. Wydawnictwo ADI, str. 123, ilustr.