

4 2008

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



III Zimowe Igrzyska Lekarskie
Zakopane 2008



Radomska pokazówka

Jeszcze nie umilkły salwy fajerwerków po Białym szczycie, a już rząd przygotował lekarzom wielkanocnego zajączka, którego tym razem finezyjnie ukrył w radomskim szpitalu na Józefowie. Do 19 marca lekarze z chirurgii i onkologii wypracowali tam kwartalny limit godzin. Dyrekcja nawet nie próbowała zaangażować nowych lekarzy, choć chwaliła się wysokimi zarobkami lekarzy. Jak spod ziemi wyrosli

PiS-owscy obrońcy lekarzy, a ring politycznej walki przeniósł się na chwilę do Radomia. Całe kierownictwo z Miodowej na czele z Ewą Kopacz i Krzysztofem Grzegorkiem, posłami z Radomia, raptem zaangażowało się w sprawy garstki lekarzy spokojnie domagających się swoich praw. Nie jest przecież żadnym odkryciem, że po wprowadzeniu unijnych przepisów dotyczących czasu pracy lekarzy nie da się tychże przepisów przestrzegać bez dodatkowych środków.

Wspólnymi siłami władza postanowiła wyrwać zdrowy ząb. Udało się, nawet bardzo nie krwawiło. Oddziały chirurgiczny i onkologiczny zostały z dnia na dzień wyrejestrowane przez wojewodę, a pracowników zwolniono. Szefowie NFZ oświadczyli, że winni są lekarze, przez których szpital stracił wiarygodność. Ci lekarze, którzy po zakończonej pracy poszli po prostu do domu. Cała Polska od wiceministra Grzegorka dowiedziała się, że opuścili pacjentów, chociaż zarabiają 10-14 tys. zł. Przypomnijmy, że płaca podstawowa specjalisty w radomskim szpitalu wynosiła przed świętami 3920 zł. 10 tys. można tam wyciągnąć harując na 8 dyżurach w szpitalu i pogotowiu – wyjaśnia Mieczysław Szatanek, szef delegatury radomskiej izby lekarskiej. Nie krył świętego oburzenia prezes NFZ Jacek Paszkiewicz. – Nie wiem, czy o takie efekty chodziło strajkującym czy odstepującym od łóżek lekarzom, mam jednak nadzieję, że ta sytuacja da do myślenia innym grupom pracowniczym, które przygotowują się czy też będą próbowały podobnych rozwiązań w swoich placówkach – podkreślił prezes NFZ. – Takie rzeczy nie zdarzają się nigdzie na świecie. To sytuacja niedopuszczalna etycznie, naganna moralnie, gdy lekarz zostawia chorych, bo chce więcej zarabiać – przekonywał Jacek Paszkiewicz. Widać, że prezes NFZ mało jeszcze jeździł po świecie. Można przymknąć oczy, kiedy radomski poseł Marek Suski, absolwent Pomaturalnej Szkoły Technik Teatralnych, wygłasza niezbyt mądre tyrady o prawach lekarzy. Ale wam, panowie doktorzy i ministrowie, tego ani nie wypada, ani nie przystoi.

Straszenie lekarzy wilczymi biletami trwało w Radomiu do końca Wielkiego Tygodnia. Lekarze w końcu podpisali zgodę na klauzulę opt-out. W zamian dostaną 20-proc. dodatek nocny. Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło. Jeśli nie wiadomo, o co chodzi, najczęściej idzie o kobietę, pieniądze lub władzę. Mam nadzieję, że tylko tyle. W zanadrzu decydenci trzymają jeszcze kasy fiskalne i ograniczenia podejmowania dodatkowej pracy przez lekarzy jako środków ich dyscyplinowania. Zdaniem Prezydium NRL to beczynność rządu i organu założycielskiego szpitala jest podstawową przyczyną problemów z zatrudnieniem lekarzy. Samorząd lekarski od dawna domagając się wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia zwraca uwagę, że warunkiem przeprowadzenia jakiegokolwiek skutecznej reformy jest zwiększenie publicznych nakładów na opiekę zdrowotną. Za szczególnie naganne uważa, że przedstawiciele kierownictwa Ministerstwa Zdrowia zamiast przygotowania odpowiednich zmian popierają dyrektorów szpitali usiłujących bezprawnie wymuszać na lekarzach zgodę na wydłużony czas pracy – czytamy w oświadczeniu.

Prezydium NRL przypomina, że tymczasowa zgoda znacznej części lekarzy szpitalnych w Polsce na pracę na zasadach ubiegłorocznych dała rządowi czas na znalezienie sposobu sfinansowania wprowadzonych zmian. Czas ten dobiega końca.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Czy po podwyżkach lekarze czują się bogatsi?	4-5
Okiem Prezesa	5
Agresja wobec lekarzy	6-7
Gra o staż	8
Nie tylko łatanie dziur	10-11
Medyczne paradygmaty	14-15
Młodym być	16-17
Izby na nowo	19
Operator	24-25
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Z wokandy czyli z życia	30-31
Lekarski sport – fotoreportaż	32-35
Rubaszność dr Karasiówny	36-38
Demonstracja stomatologów	39-41
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	42-43
Książki nadesłane	44-45
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61

Podaruj **1%** Twojego podatku
POLSKIEMU TOWARZYSTWU LEKARSKIEMU
KRS 0000135837

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

Czy po podwyżkach lekarze czują się bogatsi?

Premier Donald Tusk oczekuje od wszystkich szpitali informacji o płacach lekarzy i pielęgniarek. Zdaniem szefa rządu postulat podwyżki dla lekarzy jest absurdalny, ponieważ wpierw musimy wiedzieć, kto ile już dostał. A co na to nasi czytelnicy?

Po pierwsze, pieniędzy, jakie dostaliśmy, nie nazwałbym podwyżką. To po prostu wynagrodzenie za dużo więcej pracy, jaką teraz wykonujemy. Lekarzy brakuje – podobno w całej Polsce jest nas za mało o jakieś 60 tys. I my musimy wykonywać ich pracę, a zapłata za nią – mimo podwyżek – nie jest wystarczająca. Gdzie tu więc mówić o poczuciu wzbogacenia się? Może kiedyś będzie to możliwe. Ale nie teraz.

*Roman Abramowicz
medycyna ratunkowa, Gdynia*

Trudne pytanie! Podwyżki oczywiście cieszą, ale nie są zadowalające! Wystarczy porównać ile dostaje na rękę młody prawnik – ponad 4 tys. zł – a ile młody lekarz – 70 proc. średniej krajowej! Różnica jest widoczna gołym okiem. O poczuciu bycia bogatszym nie ma więc jeszcze mowy! Życzylbym sobie i kolegom, aby tak mogli się poczuć w 2010 r., kiedy to mamy już w konkretny sposób odczuć siłę wyższych pensji.

*Andrzej Barszczewski
ginekolog,
Międzyrzec Podlaski*

Ja czuję się bogatszy. Co prawda bardzo dużo teraz pracuję – mam kontrakt – ale też zarabiam dużo lepsze pieniądze. Gorzej z ich wydawaniem, po prostu nie mam czasu, aby zastanowić się, w co je zainwestować. Jednak

ostatnie podwyżki zdecydowanie pozwolą mi dużo łatwiej spłacać zaciągnięty kredyt.

*Roman Bożyk
internista, Police*

Czujemy się wręcz biedniejsi! Nikt z pracowników naszego szpitala nie dostał żadnych podwyżek. Mało tego, od grudnia nie dostajemy pieniędzy za dyżury! Co prawda mamy wynegocjowane kwoty, o jakie nasze pensje powinny wzrosnąć, ale wszystkie te ustalenia zostały zawieszone, bo sytuacja szpitala jest tak trudna, że nie ma mowy o ich realizacji. I nie wiemy, kiedy to się zmieni. Z drugiej strony, te podwyżki to kilkaset złotych – czy to ma nam dać poczucie bycia bogatszym? Wątpię.

*Lech Chatkowski
Suwałki*

Nie sędzę. W naszym szpitalu podwyżki dostali tylko niektórzy lekarze, głównie zabiegowcy. Argument dyrekcji był oczywisty: kto wyrabia punkty, ten dostaje podwyżki. Ja pracuję na oddziale chorób wewnętrznych, który mimo że niezbędny, to i nierentowny. Czuję się więc źle, jako niedoceniony pracownik drugiej kategorii. Gdybym zaczął zarabiać – zgodnie z zapowiedziami – trzy średnie krajowe, pewnie wtedy mógłbym poczuć się bogatszy.

*Maciej Cymerys
internista, Poznań*

Chyba tak, tylko którzy? Lekarze w szpitalach klinicznych nadal otrzymują połowę tego, co w innych. Taka niefrasobliwość władz w krótkim czasie doprowadzi do ucieczki specjalistów do szpitali, w których są dobre zarobki, ale kto będzie uczył studentów i prowadził specjalizacje?

*Janusz Kleinrok
lekarz dentysta, Lublin*

Zdecydowanie nie. Niestety, dotyczy to nie tylko lekarzy, ale całej olbrzymiej grupy osób, których los zawodowy związany jest z zasobnością portfela systemu ochrony zdrowia. Ryzykuję takie stwierdzenie, bo reprezentuję jednocześnie te obie grupy zawodowe.

*Paweł Wójcik
ABACUS, Warszawa*

Prowadzę praktykę lekarską, mam kontrakt z NFZ-em. Z uwagi na wzrost kosztów nie czuję się bogatszy. Czuję się natomiast wykorzystywany, także dlatego, że nikt we mnie nie widzi partnera. Ani pacjent, ani samorząd, ani NFZ. Krótko mówiąc w pojęciu ogólnospołecznym „orkiestra jest do grania, a lekarz do lekówania”. Działam jak potrafię, aby to zmieniać.

*Włodek Bołtruczuk
Trzcianne, pow. Mońki, Podlasie*

Osobiście nie czuję się bogatsza po podwyżce, gdyż wzrost cen żywności oraz świadczeń pochłania prawie cały wzrost płac. Taka to była podwyżka.

*Małgorzata Kaczmarska-Banasia
lekarz dentysta, Łódź*

Nie czuję się ani o grosz bogatszy. Tzw. podwyżki jakoś mnie ominęły. Chciałbym także zwrócić uwagę na los emerytów lekarzy, którzy przez całe życie pracowali za te marne dwa tysiące i teraz mają po tysiąc złotych emerytury. Młodszy prędzej czy później dostaną podwyżki lub wyjadą, starsi zostaną na koszyczku ZUS-u.

*Medard Lech
ginekolog, Warszawa*

*opr. Anna Augustowska
i Marek Stankiewicz*

Okiem Prezesa



Konferencja *Białego szczytu* dobiegła końca. Powstał dokument nazwany *Rekomendacjami*, który przedstawiciele niektórych organizacji podpisali, część nie podpisała go, a część podpisując dołączyła swoje zdania odrębne w niektórych sprawach. W imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej podpisałem go wspólnie z wiceprezesem NRL Anną Lellą. Wielu mniej uważnych obserwatorów twierdzi, że cała impreza nie zasługuje nawet na uwagę i miała charakter głównie propagandowej zagrywki rządu grającego na czas. Nie mnie oceniać intencje polityków. Mam nadzieję, że przynajmniej częściowo to nieprawda. Wydaje mi się jednak, że warto spojrzeć na dokonanie drugiej już po Konferencji Okrągłego Stołu z 2003 r. dużej konferencji, która zgromadziła wszystkich znaczących graczy w ochronie zdrowia: organizacje pacjentów, samorządy i związki zawodowe pracowników, organy założycielskie i prywatnych przedsiębiorców. Przedstawiciele rządu początkowo próbowali zmusić to gremium do pozytywnego zaopiniowania poselskich, złych projektów ustaw dotyczących planowanych zmian w ochronie zdrowia. Spotkali się tu ze stanowczą niechęcią do pracy nad nimi spowodowaną niezwykle krytyczną oceną projektów, także ze strony przedstawicieli samorządu lekarskiego. W zamian za to uczestnicy zdecydowali się na przedstawienie rządowi „pryncypiów” docelowego systemu ochrony zdrowia, na których dopiero należałoby budować założenia rozwiązań ustawowych, a następnie przygotować nowe projekty ustaw. Warto przyjrzeć się tym ustaleniom. Biały szczyt uznał, że należy:

- dopuścić możliwość przekształcania SP ZOZ w spółki prawa handlowego pod warunkiem systemowego rozwiązania problemu ich zadłużenia oraz przygotowania przepisów zapobiegających możliwości odchodzenia przez nie od pełnienia misji publicznej,
- zastąpić konkurs ofert dopuszczeniem do udzielania świadczeń zdrowotnych wszystkich podmiotów spełniających wymagane warunki (tzw. kontrakty otwarte),
- wprowadzić częściową niewielką odpłatność za część świadczeń gwarantowanych (z jednoczesnym wprowadzeniem osłon dla najuboższych),
- dopuścić możliwość odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „wolnych mocy” także w publicznych placówkach,
- jak najszybciej opracować ustawowe kryteria włączania świadczeń zdrowotnych do tzw. koszyka, a następnie niezwłocznie przystąpić do określenia zakresu i warunków udzielania (w tym maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania) świadczeń gwarantowanych,
- zapewnić publiczne nakłady w wysokości pokrywającej rzeczywistą wartość gwarantowanych świadczeń (z uwzględnieniem rzeczywistej wartości pracy ludzkiej),
- dopuścić możliwość prowadzenia powszechnego ubezpieczenia przez konkurujące publiczne i niepubliczne ubezpieczalnie,
- dopuścić możliwość prowadzenia dodatkowych ubezpieczeń pokrywających zakres nie gwarantowany przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne,
- objąć wszystkich obywateli (w tym rolników) jednakowymi zasadami finansowania opieki zdrowotnej,
- wzmocnić ochronę praw pacjentów poprzez powołanie urzędu rzecznika praw pacjenta w ramach urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich,
- odejść od pomysłów ograniczenia prawa pracowników do podejmowania dodatkowego zatrudnienia,
- ustawowo zagwarantować minimalne wynagrodzenia pracowników medycznych (stopniowo wzrastające w ciągu 2 lat).

Biały szczyt stwierdził, że nie da się zapewnić przyzwoitej jakości systemu ochrony zdrowia, jeśli nakłady publiczne na ten cel będą pozostawać poniżej 6%PKB. Uważam, że przyjęcie tych postulatów jako podstawy planowanych zmian w ochronie zdrowia przez rząd mogłoby stanowić przełom i być podstawą do patrzenia z optymizmem na mające nastąpić zmiany. Czy można się tego spodziewać? Pierwsze reakcje Premiera i Minister Zdrowia nie nastrajają zbyt optymistycznie. Ale... poczekajmy chwilę.

Konstanty Radziwiłł

Agresja wobec lekarzy

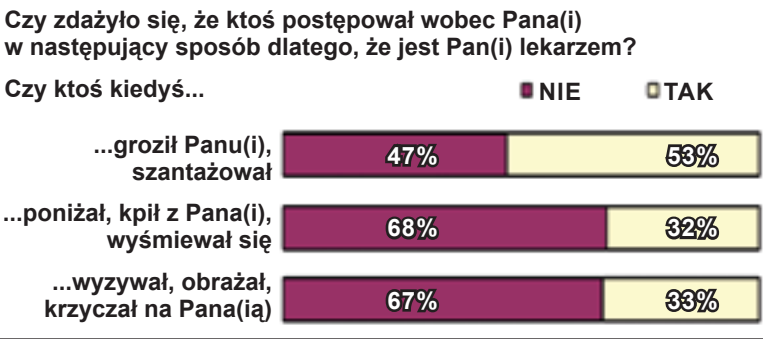
Jednym z tematów poruszonych w badaniu opinii lekarzy przeprowadzonym w 2007 r. były przejawy agresji skierowanej wobec lekarzy w związku z wykonywaniem przez nich zawodu.

Zjawisko to może być wywołane zarówno rosnącymi oczekiwaniami co do poziomu opieki i niezadowolaniem z poziomu świadczeń, jak i przyczynami niezależnymi od systemu opieki zdrowotnej, takimi jak stereotypowe poglądy, powielane przez media. Około połowy respondentów (51%) zadeklarowało, że zdarzyło im się paść ofiarą agresji ze strony pacjenta lub osób występujących w jego imieniu. Z tej grupy dwie piąte po raz ostatni padły ofiarą agresji w 2007 r. Większość lekarzy, którym zdarzyło się być obiektem agresji, doświadczyła jej więcej niż raz.

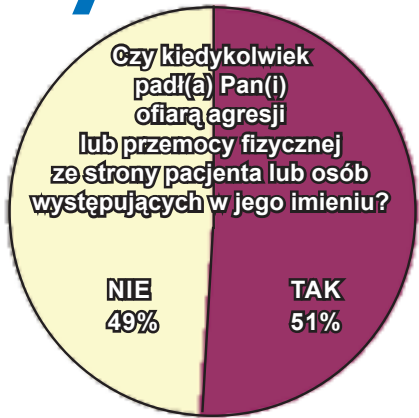
Z opisu najbardziej drastycznego przypadku wybranego przez respondentów wynika, że akty agresji prawie zawsze odbywały się w miejscu pracy (w szpitalu, przychodni, gabinecie, ośrodku zdrowia – 94% wskazań). Sporadycznie dochodziło do aktów agresji na ulicy lub w innym miejscu publicznym, względnie w domu. Sprawcą najczęściej był pacjent (62%), rzadziej krewny lub znajomy pacjenta (36%), sporadycznie ktoś inny.

Zdecydowanie najczęstsza forma agresji to atak słowny pod adresem lekarza. Pa-

cjenci obrażali lekarza, jego rodzinę, podważali kwalifikacje. Około połowy (52%) opisanych przypadków to obelgi, wyzwiska, wulgarne zachowanie pod adresem respondenta. Znacząca część (18% opisanych przypadków), to agresja fizyczna słabsza niż uderzenie: popychanie, oplucie, szarpanie. Stosunkowo często respondenci wymieniali groźby, straszenie przez pacjentów (18% lekarzy, ofiar agresji). Nieco rzadziej (11%) wymieniano zdarzenia najdrastyczniejsze – pobicie, duszenie. Ogólnie o agre-



sji mówiono w 12% opisanych przypadków, co nie pozwala wnioskować, do jakiej formy agresji posunął się sprawca. Inne formy agresji wymieniano rzadziej. Należą do nich: agresja słowna pod adresem służby zdrowia, fałszywe publiczne oskarżenie, uporczywe nękanie przy pomocy organów ścigania (donos, zgłoszenie do prokuratury, pismem skarga), zniszczenie mie-



nia publicznego (kopanie drzwi, zdemolowanie izby przyjęć, podarcie dokumentacji medycznej), a także zniszczenie mienia lekarza oraz próba wymuszenia zmiany leczenia.

Najczęstszym powodem ataku pacjenta na lekarza była odmowa wydania orzeczenia o niezdolności do pracy, zaświadczenia, recepty, skierowania na badania, odmowa przyjęcia do szpitala, niespełnienie życzeń pacjenta lub jego krewnych. Taką przyczynę miało 32% opisanych zdarzeń. Stosunkowo często (20%) powodem wybuchu było niezadowolenie z opieki, pracy szpitala, poziomu świadczeń, np. długie oczekiwanie na przyjęcie na oddział, złe warunki na oddziale, późny przyjazd karetki. Kolejnym źródłem agresji u pacjenta była jego nietrzeźwość, wpływ narkotyków. Czwartym powodem jest nieskuteczność terapii, zły stan zdrowia lub pogorszenie stanu zdrowia.

Większość osób, które spotkały się z aktami agresji, nie powiadomiła o tym policji, a zgłosiła ten fakt 18%. Kierownictwo placówki powiadomiło 64% lekarzy-ofiar przemocy, natomiast prawie wszyscy (91%) powiedzieli o tym koleżankom i kolegom. Najczęściej wymieniano dwie przyczyny niezgłoszenia zdarzenia policji. Po pierwsze, respondenci bagatelizowali je, uważali, że nie podlega zgłoszeniu, że sytuacja tego nie wymagała. Po drugie, respondenci przekonani są o bezcelowości informowania policji, uważają, że jest to strata czasu, informowanie nic nie zmieni.

W wypowiedziach lekarzy pojawia się wątek stronniczości społeczeństwa i policji wobec lekarzy: w społeczeństwie rozpowszechniona jest postawa, że *każdy ma rację, tylko nie lekarz, a pacjentowi wolno wszystko*. Lekarzom, którzy zetknęli się z przemocą, towarzyszy uczucie bezrad-

ności. Najczęściej uważają oni, że policja nie chce poważnie traktować przypadków agresji wobec lekarza. Pacjent i inni agresorzy są *de facto* bezkarni. Zwraca uwagę fakt, że mimo doznanej agresji wielu lekarzy z pobłażaniem traktuje agresywne zachowania pacjentów i ich rodzin; próbują zrozumieć stan, w jakim znajduje się osoba agresywna i usprawiedliwiają jej zachowanie.

Z uwagi na fakt, że niektórzy mogą nie utożsamiać zaczepek, wyzwisk, pomówień itp. z aktami agresji (być może rezerwując to określenie dla aktów skrajnych) zapytaliśmy osobno o przypadki agresji werbalnej. Okazuje się, że zdecydowana większość respondentów lekarzy (67%) zetknęła się z taką sytuacją, że ktoś na nich krzyczał, wyzywał ich, obrażał. Najczęściej robił to pacjent, rzadziej – krewny lub znajomy pacjenta. Tak samo częste było doświadczenie poniżenia, wyszydzenia – około dwóch piątych lekarzy (68% wskazań) spotkało się z taką reakcją na swoją pracę. Blisko połowa (47%) spotkała się z groźbami lub szantażem ze strony pacjenta lub jego krewnego bądź znajomego.

Większości lekarzy (70% wskazań) zdarzyła się sytuacja, kiedy pacjent bezpodstawnie zakwestionował metodę leczenia. Blisko trzy czwarte (74%) respondentów spotkała się z nieuzasadnionym żądaniem skierowania do innego lekarza bądź przyjęcia do szpitala. Powszechne są próby wyłudzenia zwolnienia lekarskiego (83% wskazań). Prawie jedna trzecia (31%) lekarzy padła ofiarą publicznego pomówienia o korupcję lub niekompetencję.

Można więc stwierdzić, że doświadczenie agresji jest wśród lekarzy powszechne. Zwykle przybiera ona formę obelg i wyzwisk, a także pomówień lub groźb. Agresja fizyczna zdarza się rzadziej, ale przybiera czasem drastyczne formy. Respondenci byli duszeni, bici, niszczone im mienie. Szczególnie niepokoi przeświadczenie o braku ochrony ze strony policji, powodujące niezgłaszanie incydentów, mówienie o nich tylko w miejscu pracy i we własnym kręgu zawodowym. Wyrozumiałość lekarzy wobec niewłaściwych zachowań jest przejawem profesjonalizmu, ale nie powinna zastępować właściwej wszystkim relacjom międzyludzkim reakcji na agresywne zachowania. Tym bardziej, że lekarze będący przedmiotem agresji najczęściej doświadczenia jej w związku z udzielaniem świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Realizują więc bardzo ważne zadanie publiczne i powinni mieć zapewnione do tego odpowiednie warunki. Bezpieczeństwo jest jednym z warunków podstawowych.

Andrzej Mokrzyszewski,
Michał Wenzel,
Romuald Krajewski

Minister zdrowia na 100 dni swojego rządu postanowiła zrobić młodym lekarzom prezent w postaci zniesienia stażu podyplomowego. Jednak (w większości) obdarowanym podarek się nie spodobał.

Jak wynika z internetowej sondy portalu młodylekarz.pl ponad 70 proc. jest przeciwna zniesieniu stażu. Najczęściej pojawiającym się argumentem jest zwyczajnie strach: „Nie podjęłabym się przyjmowania pacjentów tuż po studiach, bo nie jestem do tego przygotowana”. „Zamiast usunąć zbędny LEP, to usuwają to, co potrzebne, czyli staż – napisał inny z użytkowników forum. – Wiadac, że po prostu brakuje lekarzy do dyżurowania – minister zdrowia ma nadzieję, że dzięki tym 2000 lekarzy po studiach system nie zawali się do następnych wyborów, bo na pewno nie chodzi o dobro młodych lekarzy.”

Wypełnić lukę?

Samo ministerstwo nie ukrywa, że właśnie braki kadrowe, szczególnie widoczne po wprowadzeniu unijnej normy pracy, były jedną z przesłanek zniesienia stażu. – Bezpośrednio po skończeniu studiów 2,5 tys. polskich lekarzy i 800 dentystów otrzyma prawo wykonywania zawodu – tłumaczy minister Ewa Kopacz. – Oznacza to, iż od nowego roku pojawiają się kolejni lekarze, którzy będą mogli pełnić dyżury w szpitalach. – Trzeba skrócić specjalizację, bo mamy ogromną lukę pokoleniową – już dziś w wielu dziedzinach brakuje specjalistów, a ci, którzy są, mają 50

Kształcenie młodych lekarzy	
Tak jest:	Tak będzie:
• obowiązek odbycia rocznego stażu po ukończeniu AM	• LEP będzie odbywać się zaraz po ukończeniu studiów
• LEP jest zdawany najwcześniej pod koniec trwania stażu podyplomowego	• zdanie LEP-u będzie dawało pełne prawo wykonywania zawodu
• prawo do pełnego wykonywania zawodu lekarz uzyskuje po zakończeniu stażu i zdaniu LEP-u	• staż podyplomowy zostanie zlikwidowany
• średni czas specjalizacji 5-6 lat	• egzamin z ratownictwa medycznego na pierwszym roku specjalizacji

lat i więcej – uzupełnia w rozmowie z „Gazetą Lekarską” Andrzej Włodarczyk, wiceminister zdrowia. W środowisku lekarskim od dawna mówi się o zmianie programów specjalizacyjnych. Towarzystwo Chirurgów Polskich pracuje nawet nad nowym modelem kształcenia, bliższym temu postulowanemu – modułowemu. Jednak większość lekarzy sprzeciwia się zniesieniu stażu. A komisja edukacji Naczelnej Rady Lekarskiej (w której posiedzeniu brali udział także przedstawiciele komisji ds. młodych lekarzy) jednogłośnie opowiedziała się przeciw. – Zmiany w systemie kształcenia młodych lekarzy wymagają przede wszystkim skrócenia czasu robienia specjalizacji oraz poprawy sytuacji materialnej tej grupy zawodowej – podkreśla Grzegorz Napiórkowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL. Inaczej – jego zdaniem – jeżeli jedynym celem zlikwidowania stażu podyplomowego ma być wprowadzenie na rynek dodatkowej liczby lekarzy, to efekt tej zmiany będzie jednorazowy. – Na stażu lekarz może nauczyć się zawodu, przyjrzeć się pracy poszczególnych oddziałów – dodaje prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący komisji ds. kształcenia. Także prezes Konstanty Radziwiłł ostrzega przed zbyt szybkim „wypuszczeniem” na rynek absolwentów medycyny. – Oczekiwanie, że młody lekarz od razu dostanie najbardziej odpowiedzialne zadania wobec chorych, jest nie tylko nierealne; taka sytuacja mogłaby być groźna dla pacjentów – mówi. Tymczasem ministerstwo widzi to zupełnie inaczej. – Staż w większości przypadków jest fikcją. Poza tym warto przypomnieć, że w wielu krajach go nie ma, bo studia mają tak uczyć, by po ich skończeniu student mógł leczyć ludzi – mówi wiceminister Włodarczyk. – Moi koledzy są mu przeciwni, bo wielu boi się, że młodzi lekarze staną się dla nich konkurencją i stracą na tym finansowo.

Jeśli nie staż, to co?

Co ciekawe podczas tej dyskusji można znaleźć punkt styczny – wszyscy są za skróceniem czasu specjalizacji. Rozbieżności pojawiają się, gdy zaczyna się przechodzić do szczegółów. Ministerstwo proponuje, by funkcję stażu przejęły zajęcia praktyczne na ostatnim roku studiów. Dodatkowo medycy zdawali by egzamin z ratownictwa medycznego. – Chodzi o to, aby każdy polski lekarz umiał prawidłowo przeprowadzić akcję reanimacyjną – mówi minister Kopacz. Pani minister zapowiedziała także zmianę systemu szkoleń i poinformowała, że za ten system będzie odpowiedzialne Centrum Egzaminów Medycznych. A wiceminister Włodarczyk dodaje, że resort planuje w ciągu kilku lat do teoretycznego egzaminu lekarskiego wprowadzić także egzamin praktyczny. Zdanie LEP-u dawałoby już prawo wykonywania zawodu. – Postulat większego uprządkowania studiów medycznych jest jak najbardziej słuszny, ale to proces na co najmniej 8-10 lat, bo trzeba np. opracować nowe programy – mówi prof. Kruszewski. – Ale możemy podyskutować o rozszerzeniu uprawnień absolwentów medycyny.



Nie tylko łatanie dziur w zębach

Anna Lella

Podczas ostatnich dwóch posiedzeń Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) poświęcono wiele uwagi projektowi rezolucji „Przyszłość zawodu lekarza dentysty w Europie”

Obowiązująca od 20 października 2007 r. Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 września 2005 r. (ujednolicony tekst dotychczasowych zapisów nawet z 1978 r.) określa minimalne wymogi szkolenia w zakresie zawodu lekarza dentysty. Dyrektywa wymaga co najmniej 5-letniego nauczania teoretyczno-praktycznego w pełnym wymiarze godzinowym, określa procedurę aktualizowania wymogów szkolenia uwzględniającą postęp naukowy i techniczny. Nie jest jednak pełnym wyrazem aktualnych potrzeb leczniczych społeczeństwa, nie pokazuje dynamiki naszego zawodu w zmieniającej się rzeczywistości. Dziś dentyści w Europie muszą stanąć przed nowymi wyzwaniami.

Dyskusje nad tym zagadnieniem toczą się od bardzo dawna nie tylko na obradach CED.

Ustupająca z funkcji prezydenta FDI Michéle Aerden jako motto swojego przewodzenia Światowej Federacji Dentystycznej obrała trzy zające się obszary: perfekcję, medyczność i etykę, i konsekwentnie realizowała podjętą deklarację. Dr Aerden znacząco wzmocniła pozycję stomatologii

jako zawodu medycznego. *Nie jesteśmy sprzedawcami zębów! Jesteśmy lekarzami stomatologami, a nasza profesja coraz bardziej staje się integralną częścią medycyny. Naszym priorytetem jest dbałość o najwyższą jakość zarówno zawodową, jak i w strukturach funkcjonowania FDI* – twierdziła niezmiennie. Apelowala o promowanie zdrowia jamy ustnej jako części zdrowia ogólnego, o stworzenie forum w celu wprowadzenia zmian polityki zdrowotnej, zmiany myślenia w kierunku uświadamiania o zdrowiu jamy ustnej w skali globalnej (aniżeli zebrania funduszy). Podkreślała, że musimy nawiązać i zacieśnić współpracę z przedstawicielami innych profesji medycznych oraz zaakcentować naszą obecność uczestnicząc jako partnerzy w zebraniach i kongresach ogólnomedycznych.

Szczególna aktywność dr Aerden i jej konsekwencja w realizacji podjętych deklaracji umożliwiła przygotowanie gruntu do prac nad uchwałą określającą „nowe” oblicze zawodu.

Pierwsza odsłona zarysu rezolucji „**Lekarz dentysta przyszłości**” odbyła się podczas wiosennego zgromadzenia CED w Londynie. Grupa robocza pod

przewodnictwem Constantina Oulisa przygotowała dokument rysujący ogólną strategię zawodu.

Stomatologia jest nadal często oceniana przez społeczeństwo i niektóre kręgi medyczne nie jak poważny dział medycyny, a jedynie jako dobre rzemiosło, dla którego ważniejsza jest sprawność manualna i doświadczenie niż rzetelna nauka. Króluje tu klasyczne angielskie powiedzenie o zawodzie *drill and fill*; tak właśnie cała nasza praca trywialnie sprowadzana jest do łatania dziur w zębach.

Tymczasem ton rezolucji nadawało umedycznienie zawodu lekarza dentysty jako niezbędnego wymogu zapewnienia odpowiedniej opieki pacjentom. Podkreślano szczególne potrzeby starzejącego się społeczeństwa, rolę lekarza dentysty w wykrywaniu wczesnych objawów chorób ogólnych, konieczność zacieśniania współpracy z lekarzami innych specjalności, nieodzowność oparcia nowoczesnej stomatologii na faktach.

Projekt przyjęcia europejskiego dokumentu opisującego kluczowe kierunki nowoczesnej stomatologii od dawna pojawia się na międzynarodowych spotkaniach lekarzy dentystów. Potrzebę umedycznienia edukacji dentystycznej dostrzegają wszyscy, towarzyszy temu jednak obawa przed „nowym”. Nad ujednoliceniem i aktualizacją edukacji uniwersyteckiej pracuje też nieustannie Europejskie Towarzystwo ds. Nauczania Stomatologii (ADEE).

Mimo to obraz dentysty w Europie jest zróżnicowany. Są dentyści, lekarze dentyści i specjaliści stomatologii, tj. absolwenci medycyny ze specjalizacją w zakresie stomatologii. Przyjęta rezolucja daje możliwość spotkania się w pół drogi.

Propozycja opracowana przez Constantina Oulisa, Marco Landiego i Rolanda Svenssona była tak żywo dyskutowana na wiosennym posiedzeniu, że z powodu licznych wątpliwości, pytań i obaw delegatów z poszczególnych państw członkowskich nie można było zakończyć dys-

kursu spójną konkluzją. Koledzy z poszczególnych państw mieli uwagi do treści i objętości (czy nie zbyt ogólnie). Pytano, czy taka propozycja zmusi do wydłużenia okresu studiów o rok czy nawet dwa, sugerowano, aby kształcenie medyczne przeprowadzić w ciągu dwuletnich studiów podyplomowych. Nie udało się też uniknąć wymiany zdań na temat rosnącej konieczności stażu podyplomowego. Co najważniejsze nie było głosów odrzucających ideę, jednakże znaczące rozbieżności opinii i obawy o realizację spowodowały przesunięcie debaty na jesienne spotkanie.

Rok 2007 obfitował w europejskie i światowe wydarzenia odnoszące się do zdrowia jamy ustnej i znaczenia naszego zawodu. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w dn. 14-19 maja 2007 r. przyjęło Rezolucję zgłoszoną przez Światową Federację Stomatologiczną FDI oraz Raport Sekretariatu, określający ramową politykę dla poprawy zdrowia jamy ustnej. Również Konferencja Okrągłego Stołu *Health Strategies in Europe* w dn. 12-13 lipca 2007 r. w Lizbonie, w ramach portugalskiej prezydencji UE, zajęła się zdrowiem jamy ustnej i jej powiązaniem ze schorzeniami ogólnymi, poświęcając tym zagadnieniom odrębną sesję. 12 września ustanowiono Dniem Zdrowia Jamy Ustnej.

Unia Europejska, wychodząc naprzeciw narastającemu zróżnicowaniu socjalnemu, nierówności ekonomicznej, globalizacji, starzeniu się społeczeństwa oraz bardzo intensywnemu rozwojowi technologicznemu próbuje stworzyć zintegrowaną Strategię Zdrowia.

Stomatologia może odegrać istotną rolę w tych nowych zadaniach. Promocja zdrowia jamy ustnej powinna być integralną częścią ogólnej promocji zdrowia wśród Europejczyków, gdyż jest determinantą zdrowia ogólnego i jakości życia, zwłaszcza że stany chorobowe jamy ustnej zajmują czwarte miejsce na świecie pod względem kosztów ich leczenia.

Głównym celem Rady Europejskich Lekarzy Dentystów, reprezentującej ponad 300 tys. lekarzy dentystów w Europie, jest promocja wysokich standardów w stomatologii i opiece stomatologicznej dla obywateli Europy.

Ostatecznie uchwałą o zarysie przyszłości zawodu lekarz dentysty przyjęto jednogłośnie na posiedzeniu plenarnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów 30 listopada 2007 r., która odnosi się do lekarzy już funkcjonujących na rynku.

Formułuje ona ideę zawodu, cechy i zadania lekarza dentysty przyszłości, nakreśla przyszłe ramy praktyki dentystycznej.

Rezolucja jest nie tylko dokumentem określającym kierunek naukowy zawodu. Należy ją również traktować jako dokument polityczny, pokazujący nowe oblicze lekarza dentysty, jego rolę, korelacje ze zdrowiem ogólnym i rosnący prestiż zawodowy.

Dla nas to żadna rewolucja, tak właśnie wygląda polski stomatolog czy też lekarz dentysta. Migracja kadry medycznej po wejściu do UE jest na to doskonałym dowodem. Polscy stomatolodzy są bardzo cenieni, wręcz poszukiwani. No cóż! Choć w tej dziedzinie nie musimy doganiać Europy. Dzięki wytrwałości naszej kadry dydaktycznej programy kształcenia, mimo koniecznych zmian dostosowawczych, nie zostały ograniczone w zakresie ogólnomedycznym. Polskie studia stomatologiczne właśnie takie są, bogate w zagadnienia ogólnolekarskie. Choć robiono nam z tego zarzut przed wejściem do Unii, teraz dostrzeżono zalety i konieczność podążania w tym kierunku.

Polski wkład w tę debatę sięga czasów profesora Cieszyńskiego, który poświęcił życie podnoszeniu rangi i prestiżu zawodu stomatologa, rozsławiając swoje dzieło w Europie i świecie. Pokazał ówczesnym dentystrów kierunek, do jakiego należy zmierzać. *Śmiało poruszał się na gruncie europejskim – w Międzynarodowej Federacji Dentystycznej (FDI) oraz Międzynarodowym Stowarzyszeniu Stomatologicznym (ASI). Wraz z naukowcami z Niemiec wysunął propozycje opracowania wspólnych programów kształcenia lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów... Już w 1926 r. opublikował projekt ustawy normującej wykształcenie stomatologów w Polsce... Stawiając swoim studentom i absolwentom wysoko poprzeczkę... wywalczył im równy status zawodowy z lekarzami innych specjalności oraz członkostwo we Lwowskiej Izbie Lekarskiej. Tylko absolwenci uniwersyteckich studiów lekarsko-dentystycznych, a później lekarsko-stomatologicznych mogli być członkami izb lekarskich. W przemowach mówił o stomatologii polskiej „macosze dziecko ogólnej medycyny”, występował z programem integracji środowiska zawodowego i ujednolicenia studiów – pisze o naszym mistrzu publicysta historyczny „Gazety Lekarskiej” Zygmunt Wiśniewski.*

Minęło lat wiele, wiek cały, zawirowania wojenne i trudne powojenne losy kraju spowodowały, że o ideach Profesora zapomniano w Europie. My je pamiętamy i wracamy do nich obecnie.

Treść Uchwały Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) dostępna jest na stronie KS NRL www.stomatologia.nil.org.pl



W pogoni za wolnym zawodem

Z wielką uwagą przeczytałem
artykuł Haliny Porębskiej
„W pogoni za wolnym zawodem”
(„Gazeta Lekarska” nr 3/2008).

Z częścią zawartych w nim obserwacji się zgadzam. Dostrzegam w rejestrowaniu praktyki na wezwanie sztuczność. Uważam, że lekarz powinien cieszyć się efektem pracy rąk własnych. Popieram ideę umożliwienia praktykom zatrudniania lekarza. Myślę, że Autorka popełniła dwa dość znaczne uproszczenia, których nie sposób pozostawić bez komentarza. Uproszczenia tym bardziej wymagające sprostowania, że poczynione „jednym tchem” z sugestią, iż oba zaobserwowane przez Autorkę zjawiska są ze sobą powiązane.

Boleje dr Porębska nad istnieniem NZOZ-ów, które obwinia o różne niecne rzeczy: o dopłaty, o wykorzystywanie taniej siły roboczej. Zgodzę się, że w konkursach ofert właściciele niektórych (bo nie wszystkich) NZOZ-ów byli często bardziej skłonni do obniżania ceny, gdyż u nich liczył się obrót, a nie wycena godzin pracy. Co do dopłat – zainteresowani nimi są również prywatnie praktykujący lekarze mający kontrakt, więc do dyskusji o dopłatach nie wprowadzamy nowej osi sporu wskazując, że jest to spraw-

ka NZOZ-ów. Same NZOZ-y – coś... biznes jak każdy inny, wymaga oprócz pieniędzy na start pewnej etyki prowadzenia biznesu, w czym jeszcze daleko nam do tradycji anglosaskiej. Spodziewałbym się po tylu tysiącach NZOZ-ów różnych specjalności, że część z pracujących tam lekarzy zostanie w zachęcie do dalszej dobrej pracy współnikami (oczywiście mniejszościowymi), co dałoby im pewność pracy i stabilizację. Ale takich przypadków jest chyba niewiele.

Tyle, że dentystyczne praktyki na wezwanie dadzą możliwość pozyskania współpracownika nie tylko NZOZ-om, ale i praktykom.

Piszę to wszystko po to, abyśmy nie poddali się pokusie łatwego znajdowania winnych. Powoduje to dodatkowe niepotrzebne podziały w środowisku nie przybliżając nas ani o krok do diagnozy. Zastanówmy się lepiej jak ułatwić młodym lekarzom zakładanie praktyk z jednoczesną możliwością opanowywania nowych umiejętności pod fachowym okiem, jak skutecznie zwalczać przepisy NFZ-u i jego następców faworyzujące większe placówki (również grupowe praktyki) kosztem jednoosobowych praktyk. Samo wymazanie NZOZ-ów z krajobrazu stomatologii polskiej nie załatwi niczego.

Co więcej, Autorka idzie za ciosem i łączy lobby NZOZ-ów wraz z całym odium wyzysku pracowniczego i dopłat, co to niszczy rynek z dążeniami sporej części środowiska do mniejszej lub większej autonomizacji. Posuwa się nawet do stwierdzenia, że lobbujący za autonomią chcieliby widzieć osobną izbę lekarzy dentyków bardziej jako izbę rzemieślników niż lekarzy. W tym miejscu artykuł wychodzi z ram próby eksperckiego spojrzenia na wolny zawód, a wkracza w ramy propagandy.

Niewielu jest zwolenników zupełnie osobnej izby dla lekarzy dentyków. Ja

do nich również nie należę. Jednak autonomia tak licznej mniejszości, wykonującej odrębny zawód jest bezspornym prawem tejże mniejszości a łączenie tej pięknej idei z działaniami przeciwko wolności praktyk jest nadużyciem.

Nie jesteśmy lekarzami z tytułu bycia w jednej izbie z lekarzami medycyny. Jesteśmy lekarzami dentykami, gdyż powodują nami te same zasady deontologiczne, szukanie najlepszych rozwiązań terapeutycznych dla pacjenta, przymus ciągłego doskonalenia. Doświadczamy tych samych rozterek i świadomości, że pewnie zakończymy naszą karierę w poczuciu niedosytu. Wspólna izba nie ma tu nic do rzeczy. Powtarzam jednak – niewielu znajdzie się dziś zwolenników pełnego rozdziału izb. Pytań jest wiele: czy osobna struktura wykonawcza w samorządzie (własne rady lekarskie lub komisje stomatologiczne o silnych kompetencjach stanowiących) nie jest lepszą drogą do promocji wolnego zawodu? Czy skupieni na swoich zagadnieniach nie będziemy mieli więcej czasu na kreowanie systemu pomocy dla rozpoczynających karierę lekarzy dentyków? Na organizowanie odpowiedniego systemu opanowywania nowych umiejętności bez konieczności pracy u kogokolwiek? Na organizowanie systemu pomocy w zdobyciu sprzętu? To są wielkie wyzwania przede wszystkim organizacyjne. Na ich podjęcie i wypełnienie trzeba mieć czas i co najważniejsze – strukturę, w ramach której rodzić się i dojrzewać będą dobre pomysły. Teza Haliny Porębskiej, że moglibyśmy się pokusić o autonomię, gdyby nie istnienie NZOZ-ów, jest doprawdy niczym niepodparta.

Andrzej Cisko

Autor jest wiceprzewodniczącym ORL w Poznaniu, prowadzi indywidualną praktykę

Krakdent 2008

Targi stomatologiczne KRAKDENT to jedno z największych w Polsce targów branży dentystycznej. Co roku odwiedza je kilka tysięcy gości. Podczas targów odbywają się liczne sympozja i konferencje. Można porozmawiać o nowościach i zaopatrzyć się w niezbędne instrumentarium.

Tradycyjnie już w trakcie imprezy wręczono Medale Najwyższej Jakości Krakdent 2008. Laureatów tegorocznej imprezy wyłoniła specjalna komisja pod przewodnictwem prof. Marka Ziętka. Prawdziwą furorę robiło cyfrowe lusterko stomatologiczne MirroScope Pro-200XT rodem z Izraela, żel do pielęgnacji jamy ustnej oraz włoski program

finansowania świadczeń przez NFZ, na co zwraca uwagę Anna Kot. Konieczne jest także wyraźne wskazanie źródła środków finansowych na realizację poszerzonego katalogu procedur. W przeciwnym razie kosztami zmian zostaną obciążeni świadczeniodawcy, przeciwko czemu samorząd lekarski zdecydowanie protestuje – mówi przewodnicząca komisji Anna Lella.

rosłe. Obecny katalog procedur w sposób niedostateczny zapewnia dzieciom dostęp do procedur profilaktycznych, bowiem lakowanie bruzd może być wykonywane do 7 roku życia, gdy często nie ma jeszcze zębów „szóstych” (pierwszych trzonowych).

Promocja zdrowia jamy ustnej może znacznie zredukować koszty wynikające

z konieczności leczenia schorzeń ogólnych, których przyczyną są nieleczone zęby będące ogniskami zakażenia, a także w przyszłości koszty leczenia dorosłego społeczeństwa. Skoro można uniknąć wydatkowania środków publicznych na późniejsze kosztowne leczenie wspomnianych wyżej schorzeń, zaniedbania w zakresie profilaktyki należy uznać za niegospodarność – ostrzegają stomatolodzy.

(ms)



foto: Marek Stankiewicz

do edukacji, komunikacji i motywacji pacjentów stomatologicznych (OrisEduco 2 Professional). Nagrodzono również zaprzyjaźniony z „Gazetą Lekarską” portal sieciowy DENTONET za serię programów „Repetitio est...”

Targi były okazją do spotkania Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej. Krytykowano dotychczasowy system kontroli sanitarnej praktyk lekarskich. Zdaniem Komisji zasady kontroli powinno się ujednolicić tak, aby inspekcja nie kolidowała z pracą lekarza dentyisty oraz nie naruszała praw pacjenta do intymności i zachowania tajemnicy lekarskiej.

Zwrócono uwagę, że nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia powinna uwzględniać konieczność zmian w naliczeniu kosztów procedury znieczulenia ogólnego w zależności od czasu trwania zabiegu oraz związanych z tym skutków

Komisja Stomatologiczna NRL niepokoi się również brakiem racjonalnej polityki zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży. Lekarze dentyści apelują do NFZ o zmianę zasad finansowania świadczeń stomatologicznych poprzez wprowadzenie do umów na świadczenia stomatologiczne udzielane dzieciom i młodzieży do 12 roku życia współczynnika korygującego wynoszącego 1,2.

Dziecko w gabinecie dentystycznym jest pacjentem trudnym, wymagającym czasu i cierpliwości ze względu na specyfikę psychosomatyczną dziecka, naturalną obawę przed bolesnymi albo nieznanymi mu zabiegami, małe pole operacyjne. Konieczność długotrwałej adaptacji do leczenia wydłużają jego czas, a często powodują również większe zużycie materiałów. Z tego powodu chętniej leczone są w gabinetach osoby do-



Medyczne paradygmaty

Aleksander Sieroń

W wielu krajach, w sposób niepisany, ale oczywisty wiadomo, że od lekarza paradygmatycznie wymaga się: diagnostyki i leczenia, czyli medycyny praktycznej, a więc dobrego wykonywania zawodu; nauki, czyli uczenia się i nauczania, czyli uczenia kogoś. W rewanżu lekarze na całym świecie za właściwe wykonywanie powyższego oczekują też paradygmatycznie: szacunku, zaufania i godziwego wynagrodzenia.

Spójrzmy na nie po kolei

Diagnostyka i leczenie jako nierozdzielna całość postępowania medycznego powinno obejmować wykorzystanie możliwości dostępnych przez lekarza w miejscu, w którym aktualnie pracuje. Co oczywiste inne możliwości będzie miał lekarz rodzinny, inne lekarz pracujący w szpitalu powiatowym, inne w klinice uniwersyteckiej, a jeszcze inne w jednostkach wysoko wyspecjalizowanych.

W różnych jednostkach część możliwości będzie się pokrywać, a część, w układzie odwróconej piramidy, osiągnie swoje maksimum we wspomnianych najlepiej wyposażonych i wyspecjalizowanych jednostkach, do których we współczesnym świecie globalnej wioski należy zaliczyć także kliniki w Houston, Arabii Saudyjskiej czy Mayo.

Lekarz, który zdaje sobie sprawę z możliwości położonego piętro wyżej ośrodka może i wręcz powinien przekazać tam pacjenta, z którym, czy to z powodu braku odpowiedniej aparatury, czy braku specjalistycznej wiedzy, sobie nie radzi. Jednak dla adekwatnego lekarskiego postępowania na swoim poziomie, jak i wcale nie łatwej wie-

dzy o wyższych „piętrach”, musi systematycznie uczyć się przez całe swoje zawodowe życie.

Uczenie się

czyli poznawanie postępów medycyny przez lekarza nie ma i nie może mieć końca, obojętnie czy jest to wiedza *stricte* badawcza, czy praktyczna. Ta ciągła nauka wymaga czasu, pieniędzy oraz umownie mówiąc braku międzypaństwowych granic, ponieważ sympozja, zjazdy i kongresy, na których przedstawiane są najnowsze osiągnięcia, odbywają się w różnych miejscach na świecie. Także na wykpiwanych powszechnie w Polsce Hawajach, Kaliforniach i Paryżach, dodatkowo zwykle w dobrych hotelach na całym świecie. Takie możliwości za granicami naszego kraju istnieją dzięki wsparciu finansowemu firm: farmaceutycznych, produkujących aparaturę medyczną oraz wszystko inne, co potrzebne jest medycynie. Jeśli pieniądze sponsorów opłacają wyjazdy naukowe lub szkolenia praktyczne, nie są w większości krajów traktowane jako korupcjogenne. Niestety, wielu lekarzy, w tym także emeryci, nie może sobie pozwolić na wyjazdy zagraniczne za własne pieniądze.

Nauka, czyli uczenie się lekarza wymaga także odpowiedniego czasu na staże. Staże specjalizacyjne, do których zaliczyć należy staże podyplomowe oraz staże po uzyskaniu pierwszego stopnia naukowego, jakim jest doktorat, funkcjonują za pieniądze z różnych fundacji lub/i jednostek medycznych jako tzw. *postgraduate fellowship* oraz *postdoctoral fellowship*. Staże te wymagają przerwania pracy i uzyskania oddelegowania czy urlopu w miejscu podstawowym. Umożliwia to nabranie lepszej bądź innej wiedzy.

Po powrocie takiego stażysty istnieje prawdopodobieństwo graniczą-

ce z pewnością, że poziom ośrodka wzrośnie, a lekarze, którzy już wiedzą więcej, będą nauczać, czyli uczyć innych nabytej w innym miejscu wiedzy. W Polsce takie wyjazdy w większości dotyczą lekarzy zajmujących się teorią. W większości szpitali trzeba fizycznie być w pracy i na dyżurach.

Nauczanie

czyli uczenie medycyny obok badań to nauka mniej doświadczonych lekarzy. Jest to także nauczanie pacjentów, jaki należy prowadzić tryb życia, co może spotkać pacjenta podczas zażywania leków oraz jaka w ich przypadku powinna być wdrożona profilaktyka. Oczywiście na to potrzeba czasu.

Podsumowując tę część, widać wyraźnie, że młody lekarz, którego dochody z jednego pełnego etatu netto w Polsce mieszczą się w granicach 1200-1800 zł oraz którego ordynator, kierownik poradni lub dyrektor potrzebuje z powodu braku lekarzy non stop w miejscu pracy, ma dramatycznie małe szanse dla zrealizowania zarysowanych powyżej celów. Konsekwencją tego jest polski lekarz po stażu, który w ciągu dnia przyjmuje od 40 do 50 pacjentów w poradni, w szpitalu ma ogromną fluktuację pacjentów, aby zrealizować kontrakt, a w nocy jest na nocnym dyżurze. Bez względu jednak na to, jak wygląda obciążenie lekarza pacjent oczekuje zainteresowania swoją osobą, życzliwej rozmowy, co zwrótnie skutkuje jego szacunkiem i zaufaniem. Czy jest to w Polsce łatwe?

Szacunek i zaufanie

Szacunek z definicji można mieć dla pojedynczej osoby, którą się zna osobiście lub powinno się go mieć, przynajmniej teoretycznie, dla niektórych grup zawodowych. Intuicyjnie wie-

lu z nas wymienia w tej grupie wojsko, policję, duchownych oraz lekarzy. Niestety, każda ta grupa w ostatnich latach jest przedstawiana negatywnie. Rodzi to konsekwencje, do których za najbardziej dramatyczną należy uznać wyjściową zasadę braku szacunku do kogokolwiek.

Konsekwencją szacunku jest zaufanie. Zaufanie buduje się przez lata, a traci się je w ciągu paru minut. Truizmem jest to, że szacunek i zaufanie idą ze sobą w parze. Jako profesor wizytujący w USA widziałem, że szacunek i zaufanie pacjenta w trakcie procesu diagnostycznego i terapii dla lekarza są ogromne. To, co dzieje się potem, a więc możliwość zaskarżenia postępowania lekarza, jest indywidualizowane, także przez media, do konkretnego przypadku i do konkretnego lekarza i żadna ze znanych mi tam publikacji nie generalizowała pojedynczego negatywnego przypadku postępowania lekarskiego do całej korporacji lekarskiej. Jak to wygląda na świecie pokazują też zabawne wspomnienia jednego z moich studentów o szacunku dla medycyny.

Podczas praktyki wakacyjnej w jednym ze szpitali w Holandii dorabiał sobie zbierając małże. Po paru dniach zatrudniający go zorientowali się, że jest studentem medycyny. Z tego powodu mówiąc o szacunku dla lekarzy, nawet *in spe*, oraz po informacji, że kiedyś będzie znacznie bogatszy niż ci, którzy go aktualnie zatrudniają, przenieśli go do lepiej płatnej i „bardziej odpowiedzialnej” pracy przy maszynie.

Czym jest godziwe wynagrodzenie lekarza?

Czy jest to 5000 zł miesięcznie dla specjalisty, czy może 2900 zł dla młodego lekarza z dopiskiem drobnym drukiem, że jest to łączne wynagrodzenie za pracę w szpitalu, poradni i na dyżurach? Prawdą powszechnie znaną jest, że młody lekarz nigdzie na całym świecie nie zarabia od razu dużo pieniędzy. Jednak w wielu krajach ma pewność, że gdy będzie specjalistą i będzie pracować zgodnie ze swoją uznaną wysoką wiedzą, jego uposażenie pozwoli mu na status finansowy górnej lub średniej strefy klasy średniej. W Polsce, niestety, ta wizja nie towarzyszy lekarzowi w trakcie specjalizacji. Specjalizacji, która w polskich warunkach nabrała jeszcze innych swoistych smaczków.

Egzaminy specjalizacyjne to w większości dyscyplin medycznych egzamin

testowy, praktyczny oraz egzamin ustny. Od lat wiadomo, że egzamin testowy obejmuje możliwie jak najtrudniejsze pytania, do których dobrze pasuje określenie, że są to pytania z wiedzy pisanej w podręcznikach drobnym i najdrobniejszym drukiem. Zabawny, ale nie dla zdających, jest też fakt, że pytania na egzamin testowy pisane są przez konsorcjum wybitnych specjalistów, z których każdy lub większość jako cel stawia sobie ułożenie pytań dających wysokie prawdopodobieństwo podania nieprawidłowej odpowiedzi. Konsekwencją tego są egzaminy testowe, które zdaje 40%, 50% zdających, a jeśli zdaje 75% lub 95%, to w konsorcjum powstaje poczucie napisania kiepskiego testu.

Egzaminy praktyczne różne dla dyscyplin zabiegowych i nie zabiegowych zwykle wykazują wysmienite przygotowanie zdających, a egzaminy ustne przed komisją pokazują znowu zwykle świetne przygotowanie zawodowe odpowiadające wiedzy potrzebnej do otrzymania stopnia specjalisty. Potwierdza to, że kierownik specjalizacji decydując się na dopuszczenie do końcowego egzaminu ma prawie pewność dokonania właściwego wyboru kandydatów – włącznie z tymi, którzy oblali Polski Test Specjalizacyjny! Jeżeli dodać do tego utrudnienia w uzyskaniu specjalizacji (np. 2 miejsca specjalizacyjne na 10 starających się), to wiadomo, że Polska należy do grupy krajów, w których bycie specjalistą to cierniowa droga od początku rozpoczęcia procesu specjalizacji do końca kariery zawodowej specjalisty. Specjalisty, który w wieku 60 lat pracuje w poradni, szpitalu, na dyżurach w miejscu pracy, a także jeździ w pogotowiu i zarabia 5000 zł netto.

Czy jest recepta na uzdrowienie tej sytuacji? Jest ich sporo. Trochę się różnią w zależności od kraju, ale nawet obok, na Słowacji, w Czechach czy Białorusi jedna z tych recept została zrealizowana. Niestety, tej recepty nie przepisze nawet najlepszy specjalista. Jest to recepta, która systemowo powinna być przepisana na poziomie całego kraju, a przepisującym powinien być minister zdrowia. Receptą tą nie jest jednak likwidacja stażu podyplomowego. Takie rozwiązanie jeszcze bardziej zmniejszy szansę na wysokiej klasy specjalistów, a zwiększy szansę na grupę zawodową, która kiedyś w naszym kraju nosiła nazwę felczerów. Pewno dobrych.



Młodym być...

Krystyna Knypl

Tęsknotę za minioną młodością zwykłam kwitować stwierdzeniem, że chciałabym mieć wczorajszą urodę połączoną z dzisiejszym rozumem. Mam trochę losowi za złe, że obdarzył mnie wspomnianymi walorami niejednocześnie. Pewnym jednak pocieszeniem jest to, że los obchodzi się w podobny sposób z wieloma osobami.

foto: Marek Stankiewicz

Moją karierę lekarską rozpoczynalam w bardzo różniącym się od współczesności świecie. Żyliśmy w absurdałnej komunistycznej rzeczywistości, często pod rządami kacykowatych mobberatorów i głównie z tych powodów skłonna byłam uważać, że lekarska młodość mojego pokolenia była niejako czasem straconym. Także teraz wielu lekarzy przeżywa frustrację z powodu okoliczności, w jakich przychodzi im pracować. Jednak niewątpliwym plusem obecnych

czasów jest możliwość realnego wyboru miejsca pracy oraz świadomość przyszłych służących praw.

Siermiężna rzeczywistość

Kokieteria sfer rządzących wobec młodych kolegów przypomina kokietery stosowaną wobec wyborców. Slogany o zatroskaniu losem młodych lekarzy wygłaszane przez rząd i decydentów medycznych różnej maści odbieram bez wiary w prawdziwie życzliwe in-

tencje owych heroldów politycznie poprawnych haseł.

Analizę rzeczywistości oraz dowód wymienionego powyżej poglądu o rozbieżności deklaracji z rzeczywistością przeprowadzam za pomocą wyszukiwarki Google. Pokazuje ona dobitnie, że fraza „młody lekarz” jest stanowczo zbyt często u wielu osób na końcu języka lub pióra. Liczba ponad 40 tys. dokumentów zawierających to określenie bije na głowę (4-krotnie) odsyłacze do frazy „doświadczony lekarz”, nie wspominając już o frazie „stary lekarz”, goszczącej w zasobach Google kilkunastokrotnie rzadziej.

Stosownie do tego fałszywego zatroskania tak wielu osób los młodego lekarza nie jest ciekawy. Pomijam miserie płacową, bo to fakt powszechnie znany, ale jest jeszcze wiele innych aspektów dowodzących niegodnego traktowania młodych lekarzy. Nasza czytelniczka opisuje jak wygląda sprawa w szczególności w jednym ze szpitali wojewódzkich na południu Polski:

Problem dyżurów stażystów w naszym szpitalu jest tematem niewygodnym. Nasza grupa zawodowa jest pomijana w jakichkolwiek negocjacjach, premiach, podwyżkach. Odmawiane są nam także najprostsze przywileje, które posiada reszta lekarzy. Niedawno dowiedzieliśmy się, że nie wolno nam schodzić z dyżuru pod żadnym pozorem, choć inni lekarze mają wręcz taki nakaz. (...) tak zarządziła kierowniczka kadr.

Fatalny to obyczaj, gdy kierownik kadr łamie prawo pod pretekstem jego przestrzegania i czuje się bezkarny wobec młodego lekarza. Oznacza to tylko jedno: istnieje przyzwolenie ze strony dyrekcji i starszych lekarzy na taki stan rzeczy. Mówi się, że przykład idzie z góry i w tym wypadku dyrekcja ma z kogo brać ów wątpliwy przykład. Minister Ewa Kopacz odwiedza różne gremia i grupy społeczne w ramach gospodarskich wizyt, ale Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy już nie

zmieściła się na jej liście miejsc, które trzeba i warto było odwiedzić. Choć na początku roku wypowiadała wiele komplementów pod adresem młodych lekarzy, to wygląda na to, iż na komplementach kończy się program obecnej administracji, tym bardziej że oferta finansowa tylko w 30% pokrywa oczekiwania młodych lekarzy.

Konstruować przyszłość

Młodość jest rodzajem kapitału, który każdy dostaje tylko raz w życiu i warto mieć tego świadomość. Można ten kapitał świadomie pomnożyć lub zdać się na los (co w praktyce oznacza zdanie się na pomysły władzy publicznej i bezpośrednich przełożonych) albo roztrwonić. Oczywiście, warto szczegółowo planować swoją przyszłość i cieszy mnie, że są tacy młodzi koledzy, którzy świadomie układają swój los niezależnie od tego, jak upokarzający lub dolegliwy jest bieżący stan rzeczy. Nakreślenie długoterminowych planów pozwala nabrać dystansu do zdarzeń dnia codziennego. Brak planu często prowadzi do marnotrawienia energii na sprawy drobne, przemijające, błahę.

Podobno z oddali ma się lepszą perspektywę i w związku z tym myślę, że obowiązkowym punktem w planach każdego młodego polskiego lekarza powinno być poznanie medycyny uprawianej przez kolegów w innych krajach europejskich, a jeśli los okaże się łaskawy – także i w pozaeuropejskich.

Dla tych, którzy przekładają praktykę medyczną nad karierą naukową ciekawa może być informacja, że duński samorząd Północnej Jutlandii przyjmuje do pracy również lekarzy bez specjalizacji i oferuje im możliwość zrobienia specjalizacji z psychiatrii.

Dla chcących łączyć praktykę medyczną z ambicjami naukowymi dobrym miejscem na poszerzenie horyzontów zawodowych, i nie tylko, są konferencje międzynarodowe, organizowane przez najróżniejsze gremia specjalistów. Staranne przejrzanie internetowych stron organizatorów konferencji pozwala na poznanie zasad ubiegania się o *travel granty*, które zwykle są przyznawane aktywnym uczestnikom prezentującym własne prace w postaci posterów lub doniesień ustnych. W czasie takiego krótkiego wyjazdu, nie związanego z definitywnymi rozstaniem, jakie towarzyszą wszelkim wy-

jazdom emigracyjnym, ciekawie jest zobaczyć co robią i jak myślą lekarze z innych krajów. Prezentowanie posterów stwarza okazję do bezpośrednich spotkań uczestników konferencji i swobodnej dyskusji. Oferty *travel grantów* są zwykle kierowane do osób poniżej 35 roku życia.

Marzącym o naprawę wielkiej naukowej kariery i dobrze szacującym swoje siły oraz talenty polecam gorąco staranie się o *travel grant* na konferencję w Lindau. Od 58 lat do tego uroczego bawarskiego miasteczka w porze letniej przyjeżdża na okres tygodnia kilkunastu laureatów Nagrody Nobla oraz kilkuset młodych naukowców liczących na przyszłą sławę. Przedpołudniowe sesje wypełniają tradycyjne wykłady akademickie wygłaszane przez poszczególnych profesorów. Natomiast w godzinach popołudniowych są organizowane mniej formalne spotkania z noblistami, między innymi w postaci tzw. bazarów naukowych. Jeśli ktoś potrafi zainteresować noblistę swoim pytaniem, problemem badawczym czy wreszcie osobowością, drzwi do wielkiej kariery mogą zostać uchylone, bo wybitni uczeni są także zainteresowani naborem współpracowników do swoich laboratoriów. Ponieważ następna konferencja poświęcona medycynie odbędzie się w 2010 r., jest dość czasu, aby wszystko starannie zaplanować i przygotować dorobek naukowy.

Miłośnicy nauk podstawowych wiele inspiracji mogą znaleźć na kongresie Euroscience (www.esof2008.org).

Naprawdę warto próbować! Wszak *audacem fortuna iuvat* – powiedział Vergilius; niestety, nie dowiemy się w jakich okolicznościach wygłosił słynną maksymę. Źródła historyczne podają, że studiował medycynę, ale porzucił ją dla filozofii i nie wiadomo czy potomni wspominaliby go do dziś, gdyby uparczywie tkwił przy medycynie.

Gdy w ojczyźnie oferowana jest głodowa pensja, uwłaczające warunki pracy i brak należnego szacunku ze strony otoczenia, warto bacznie rozglądać się dokoła. Im większe ryzyko towarzyszy naszym decyzjom i poczynaniom, tym większe mamy szanse na sukces, którego szczerze życzę wszystkim Kolegom.

Jak zawsze czekam na listy, pod adresem: krystyna.knypl@compil.net.pl – proponowane słowa kluczowe: **kariery, plany na przyszłość**.

Rozszyfruj receptę

Starania nad poprawieniem czytelności recept przybierają różne formy, a jedną z nich jest pojawianie się coraz to większej liczby recept drukowanych. Na ogół są to lokalnie opracowywane rozwiązania technologiczne, a co z tym się wiąże nie zawsze mają one należyta jakość i odpowiednią niezawodność systemową. W mojej zaprzyjaźnionej aptece pokazywano mi drukowaną receptę, w której część zapisu z lewego marginesu nie wydrukowała się i w rezultacie informacja o liczbie tabletek budziła pewne wątpliwości. Sygnalizują także Koledzy o trudnościach w produkcji recept dostępnych obecnie wyłącznie jako przydział określonych numerów w systemie. Nie wszyscy czują się dostatecznie familiarni ze specjalizacją „mały drukarz”, niektórym przypomina to czasy, gdy drukowali podziemne gazetki – tak czy inaczej obecnie zaproponowane rozwiązanie przerzucające na lekarza produkcję druków jest rozwiązaniem chyba kuriozalnym w skali międzynarodowej.

W receptce z nr. lutowego większość Kolegów prawidłowo rozszyfrowała zaordynowane leki, jedynie pozycja druga nastęrczała trochę kłopotów – był nią mononit 20. Laureatem kolejnej edycji naszego konkursu zostaje **dr Yeshi Sango Lhosar** – gratulujemy, prosimy o podanie specjalizacji oraz adresu, na który zostanie przesłana nagroda książkowa.

Czekam na propozycje rozszyfrowania aktualnej recepty – dwa pierwsze leki wydają się dość łatwe do rozszyfrowania, ale ciekawa jestem jakie nadejdą propozycje dla trzeciego z zaordynowanych preparatów. Jak zawsze czekam na maile, pod adresem: krystyna.knypl@compil.net.pl

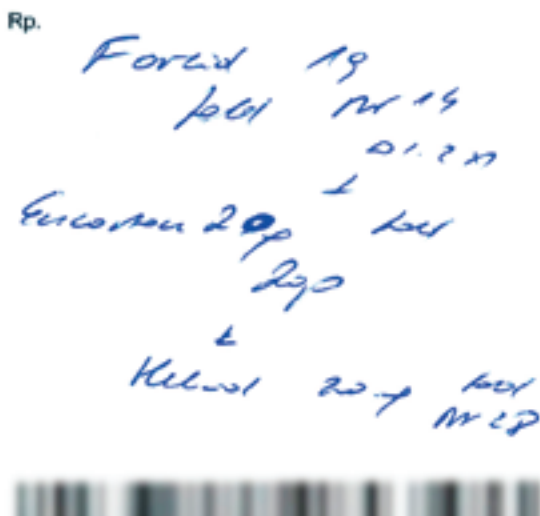




foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 26 II 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych** oraz niektórych innych ustaw. Prezydium popiera projekt, a w szczególności proponowaną zmianę 5 w art. 1, dzięki której renta z tytułu niezdolności do pracy nie ulega zmniejszeniu ani zawieszeniu z tytułu osiąganych przychodów z pracy zarobkowej.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie postulatu **wypracowania zasad wydawania uczniom zwolnień lekarskich z zajęć wychowania fizycznego**. Prezydium stwierdza, że proponowane rozwiązanie jest niewłaściwym sposobem załatwienia problemu zwiększającej się liczby uczniów, którzy nie biorą aktywnego udziału w zajęciach szkolnych z wychowania fizycznego. Problem aktywności fizycznej dzieci i młodzieży jest niewątpliwie bardzo istotny, jednakże należy go rozwiązywać m.in. przez uświadamianie dzieci i ich rodziców o potrzebie aktywności ruchowej i skutkach jej braku lub niedostatku, a nie przez biurokratyzowanie działalności lekarzy. Ponadto zwrócono uwagę, że wpisywanie przyczyny niezdolności do zajęć w zwolnieniach lekarskich wydawanych uczniom byłoby bezpodstawnym łamaniem tajemnicy lekarskiej.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu **ustawy o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia**. Po przeanalizowaniu projektu Prezydium stwierdza, że większość zapisów projektu stanowi powtórzenie obowiązujących przepisów ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia ministra zdrowia z 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich. Prezydium z dezaprobatą przyjmuje fakt, że akt prawny o charakterze rozwiązania systemowego nie przechodzi przez rządowy proces legislacyjny. W znaczny sposób utrudnia to możliwość wpływania na jego ostateczny kształt zarówno instytucjom państwowym, jak i zainteresowanym organizacjom i obywatelom.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu **ustawy o szczególnych uprawnieniach pracowników zakładów opieki zdrowotnej**. W sytuacji rosnącego niedoboru pracowników medycznych i problemów związanych z wykonywaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych pozytywnie należy ocenić dążenie do przyznania pracownikom dodatkowych uprawnień, zachęt i gwarancji. Jednak, aby były one skuteczne, muszą bardzo istotnie zmienić sytuację pracowników w tym względzie projekt należy ocenić krytycznie. Po przeanalizowaniu pro-

jektu Prezydium stwierdziło, że podstawowym mankamentem projektu jest całkowite pominięcie oczekiwanego przez środowiska medyczne uregulowania problemu minimalnych wynagrodzeń pracowników medycznych. Prezydium przypomniało, że samorząd lekarski zgłaszał konkretne projekty rozwiązania tego problemu poprzez ustawową gwarancję dochodzenia do oczekiwanych poziomów wynagrodzeń minimalnych rozłożoną w czasie 2 lat.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu **ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia**. Prezydium NRL bardzo krytycznie odbiera także merytoryczną zawartość projektu. Przedmiotowy projekt jest w znacznej części tożsamy z negatywnie zaopiniowanym przez NRL rządowym projektem zmiany ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Tak jak poprzednio, projekt mówiący o dobrowolnej formule akredytacji przewiduje jednocześnie tworzenie kosztownego państwowego aparatu mającego zapewnić ocenę ogromnej liczby podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich i pielęgniarskich). Jest to niepotrzebne wydatkowanie środków publicznych w sytuacji, gdy NFZ-owi przyznano faktyczne uprawnienia akredytacyjne pod postacią szczegółowych wymagań związanych z zawarciem kontraktu na udzielanie świadczeń. W związku z tym Prezydium uważa, że należy odstąpić od proponowanej formuły akredytacji. Akredytacja – wzorem wielu innych państw – odbywa się z powodzeniem, także w Polsce, w oparciu o niezależne organizacje stawiające sobie za cel działania na rzecz jakości w ochronie zdrowia. Działalność taką prowadzi w szczególności Konfederacja Akredytacyjna, której członkami są m. in. NIL, Towarzystwo Szpitalnictwa i Towarzystwo Promocji Jakości w Ochronie Zdrowia.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu **ustawy Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia**. Po przeanalizowaniu projektu Prezydium stwierdziło, że odwołuje się on w wielu miejscach do bardzo niedoskonałych i ocenionych negatywnie przez NRL projektów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ) i ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjentów oraz o rzeczniku praw pacjenta (RPP). Prezydium negatywnie ocenia przedstawiony projekt i zwraca się do marszałka sejmu o niepodjęcie dalszych prac nad nim w jego obecnej formie.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie **ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** oraz niektórych innych ustaw. Prezydium po zapoznaniu się z ww. projektem ustawy popiera proponowane w nim zwiększenie podstawy wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne do 12%, co jest niezbędne dla poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał na konieczność zwiększenia składki na ubezpieczenie zdrowotne, co jest warunkiem poprawy dostępności, jakości i zakresu udzielanych w ramach ubezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, uzdrawiania sytuacji

finansowej szpitali, a także wzrostu wynagrodzeń pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

Delegowano – Konstantego Radziwiłła oraz Macieja Hamankiewicza na posiedzenie **Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych i Światowej Organizacji Zdrowia** (EFMA/WHO), w dn. 10-11.04.br. w Tel Awiwie.

Prezydium NRL – 7 III 2008

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **zmian w systemie kontraktowania świadczeń zdrowotnych (HRG)**. Prezydium stwierdziło, że wprowadzenie nowego systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych (HRG) wymaga pogłębionych badań, co do skutków finansowych dla świadczeniodawców. Zdaniem Prezydium zasadne jest pilotażowe kontraktowanie świadczeń według systemu HRG u przedstawicieli podstawowych rodzajów świadczeniodawców jednocześnie z systemem dotychczasowym. Pozwoliłoby to na uzyskanie jednoznacznej odpowiedzi w zakresie korzyści, jakie będą wynikać ze zmian dla pacjentów, świadczeniodawców oraz płatnika, a także pomogłoby przygotować NFZ oraz świadczeniodawców do najlepszego sposobu płynnego przejścia do nowego systemu kontraktowania.

Delegowano

– **Annę Lellę, Zdzisława Annusewicza oraz Kazimierza Bryndala** na Sesję plenarną **ERO-FDI**, w dn. 18-19.br. w Stambule oraz na spotkania grup roboczych **ERO-FDI**, 17.04.br. w Stambule.
– **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie **Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów** oraz obchody 50-lecia tej organizacji, w dn. 17-19.04.br. w Brukseli.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do wszystkich przewodniczących OIL w sprawie zaświadczeń dla lekarzy w związku z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń POZ.
- Udział w konferencji komisji bioetycznych zorganizowanej przez Ośrodek Bioetyki NIL.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Sterującego Białego szczytu.
- List do ministra sprawiedliwości w sprawie wystąpienia do ministra sprawiedliwości o rozszerzenie katalogu organizacji społecznych uprawnionych do działania przed sądem w imieniu i na rzecz obywateli.
- Udział w konferencji „Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia” zorganizowanej przez Polską Izbę Ubezpieczeń.
- List do przewodniczących ORL – prośba o przekazanie pisemnej informacji czy obecnie funkcjonujące izby lekarskie są następcą prawnym przedwojennych izb lekarskich.
- Udział w negocjacjach ogólnych warunków umów na świadczenia opieki zdrowotnej z NFZ-em.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Izby na nowo

Naczelna Rada Lekarska opracowała nowy projekt ustawy o izbach lekarskich. Ma ona uporządkować działanie samorządu.

W ciągu prawie dwudziestu lat od wejścia w życie ustawy o izbach lekarskich zmienił się nie tylko ustrój polityczny, ale zaszły też głębokie zmiany w modelu funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Ustawa zatem, mimo 8 nowelizacji, nie przystaje do warunków, w których obecnie funkcjonuje samorząd lekarski. Również bogate 20-letnie doświadczenie w stosowaniu jej przepisów ujawniło wady i niedostatki – można przeczytać w uzasadnieniu ustawy.

Trzeba przypomnieć, że przymiarek do zmian było już 8, w latach 1990-2004. Jak dotąd po 1989 r. tylko rząd PO-PSL chciał się zająć zagadnieniem kompleksowo.

Rozszerzyć katalog

Największe zmiany zaszły w paragrafie dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Do tej pory ustawa zawierała 15 artykułów. W projekcie rozbudowano ten rozdział do 55 artykułów. – Zasady postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej zostały uszczegółowione w ustawie, zakres odpowiedzialności zawodowej nie zmienił się – uspokaja Jolanta Orłowska-Heitzman, naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

Do tej pory istniała przepaść w katalogu kar – lekarza można było upomnieć, dać mu naganę lub pozbawić prawa wykonywania zawodu. W nowej ustawie wprowadzono m.in. zapis o karze pieniężnej (jednak nie ma szczegółowo określonego wymiaru tej kary). – To zapewne będzie budzić ogromne emocje – mówi Romuald Krajewski, członek NRL i zespołu opracowującego ustawę o izbach. – Ale nowy system kar będzie znacznie lepszy.

Kolejną zmianą jest to, że rozprawy przed sądem lekarskim będą jawne, a skarżący (najczęściej pacjent) będzie stroną w postępowaniu. – Zasady odpowiedzialności zawodowej lekarzy w nowej ustawie dopasowano do znowelizowanego kodeksu karnego – precyzuje Krajewski. – Dzięki

wprowadzeniu jawności – być może – rzadziej będziemy słyszeć bezpodstawnny zarzut, że sądy lekarskie bronią „swoich”.

Wprowadzono też zapis o postępowaniu mediacyjnym. Jest szansa, że tzw. postępowanie polubowne przestanie być fikcją (do tej pory nie odbyła się ani jedna taka rozprawa). Jest to szczególnie ważne w sprawach, w których lekarz występuje przeciw lekarzowi.

Dopasować podział?

Jednak największe dyskusje wywołuje zapowiedź (nieoficjalna) „dopasowania” struktury izb lekarskich do mapy administracyjnej państwa. Takie zakusy, przy okazji nowelizacji ustawy o izbach lekarskich, pojawiły się w Ministerstwie Zdrowia. Mówiąc inaczej – jeśli dziś mamy szesnaście województw, to także musimy mieć szesnaście izb lekarskich (na 23 istniejące). – Takie pomysły by dopasować izby do województw pojawiały się już kilkakrotnie – mówi prezes Konstanty Radziwiłł. – Nie rozumiem dlaczego, skoro w dziś istniejących strukturach samorząd działa sprawnie.

Warto przypomnieć, że odrodzony samorząd lekarski powstał jako inicjatywa oddolna. Efekt jest taki, że dziś istnieje 23 izby, które niekoniecznie pokrywają się z mapą administracyjną kraju. Paradoksalnie te okręgowe izby lekarskie, które w świetle administracyjnego podziału kraju nie powinny istnieć, skupiają większą liczbę członków niż te „terytorialne” (*casus* Izby Częstochowskiej i Opolskiej).

– Nie widzę żadnych argumentów przeciwko likwidacji małych izb – mówi Włodzimierz Brzezina, przewodniczący Częstochowskiej Izby Lekarskiej. – W końcu jesteśmy samorządem, co oznacza, że powinniśmy rządzić się sami. Nikt nie chce likwidować izb prawniczych, a z niewiadomych przyczyn tylko te lekarskie są „na widelcu”.

Agnieszka Katrynicz

Lekarze w mundurach

Ministerstwo Obrony Narodowej ogłasza **w roku akademickim 2008/2009** nabór **kandydatów do zawodowej służby wojskowej** spośród studentów krajowych uczelni medycznych, którzy uzyskali **zaliczenie trzeciego i wyższych lat studiów**:

- Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (limit 90 miejsc),
- innych uczelni medycznych (limit 30 miejsc).

Zainteresowani studenci, po pomyślnym przejściu postępowania kwalifikacyjnego w Wyższej Szkole Oficerskiej Wojsk Łądowych (WSOWLąd.) we Wrocławiu, odbyciu przeszkolenia wojskowego w okresie wakacyjnym i zawarciu z komendantem kontraktu na pełnienie służby kandydackiej, będą mogli kontynuować studia w macierzystych uczelniach medycznych na koszt wojska.

W ramach pełnienia służby kandydackiej studenci Wydziału Wojskowo-Lekarskiego UM w Łodzi otrzymają bezpłatne zakwaterowanie, wyżywienie, wyposażenie i umundurowanie oraz przysługujące im należności finansowe. Studenci innych uczelni medycznych będą otrzymywali ekwiwalent finansowy obejmujący równowartość tych świadczeń. Po ukończeniu studiów absolwenci będą promowani na pierwszy stopień oficerski (podporucznika WP) i kierowani na roczny staż podyplomowy w wojskowych szpitalach klinicznych.

Kontynuacja studiów medycznych w charakterze kandydata na żołnierza zawodowego zapewni:

- status podchorążego z prawem do miesięcznego uposażenia,
- spokojną naukę bez obciążania budżetu domowego i koncentrowania się na problemach natury materialnej,
- odbywanie wakacyjnych praktyk szpitalnych w najlepszych szpitalach wojskowych,
- podjęcie po ukończeniu studiów zawodowej służby wojskowej w korpusie osobowym medycznym,
- w przyszłości stabilizację i rozwój zawodowy związany z wykonywaniem zawodu oficera lekarza (m. in. atrakcyjne zarobki i odrębny tryb specjalizacji w wojskowych szpitalach klinicznych z refundacją jej kosztów).

Termin składania dokumentów do WSOWLąd. we Wrocławiu upływa **31 maja 2008 r.** Szczegółowe informacje dotyczące procesu rekrutacji do służby kandydackiej w korpusie osobowym medycznym, m. in. terminy składania wniosków i zasady postępowania rekrutacyjnego dostępne są na stronach internetowych Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Łądowych we Wrocławiu i Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi. Informacji można również zasięgnąć telefonicznie:

1. **Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Łądowych**, 51-150 Wrocław, ul. Czajkowskiego 109, tel.: 071-765-81-51 lub 765-81-79, www.wso.wroc.pl
2. **Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych**, 90-766 Łódź, Al. 1 Maja 90, tel. 042-75-04-243 lub 75-04-204, www.cswsmed.pl
3. **Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia**, 00-911 Warszawa, Al. Niepodległości 218, tel. 022-6-874-954 lub 6-845-883, www.iwsz.wp.mil.pl

Przypominamy, iż kontynuowany jest nabór do zawodowej służby wojskowej dla lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. Osoby, które odbyły staż podyplomowy i zdały LEP, mogą rozpocząć karierę wojskową odbywając 3-miesięczne przeszkolenie wojskowe w Studium Oficerskim Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Łądowych we Wrocławiu (całość szkolenia specjalistycznego będzie realizowana w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi). Po ukończeniu studium absolwenci będą promowani na stopień podporucznika WP i kierowani na pierwsze stanowiska służbowe w jednostkach wojskowych. Podjęcie zawodowej służby wojskowej w korpusie osobowym medycznym zapewni m. in.:

- atrakcyjne uposażenie,
- awans służbowy związany z rosnącym wynagrodzeniem,
- otrzymywanie dodatkowych należności finansowych (nagroda roczna, miesięczne dodatki do uposażenia za długoletnią służbę wojskową i pracę w charakterze szczególnym wliczane do podstawy emerytalnej, gratyfikacja urlopową dla wszystkich członków rodziny, dodatek mundurowy oraz refundacja przejazdu raz w roku do wybranego miejsca w kraju),
- stabilizację osobistą i zawodową (możliwość szybkiego otrzymania mieszkania służbowego, nabycie uprawnień emerytalnych już po 15 latach służby wojskowej),
- możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych i służbowych na koszt resortu obrony narodowej (odrębny tryb specjalizacji w wojskowych placówkach medycznych, kursy językowe oraz kwalifikacyjne i specjalistyczne wymagane do objęcia wyższych stanowisk służbowych),
- możliwość podjęcia atrakcyjnej służby w strukturach NATO i Polskich Kontyngentach Wojskowych poza granicami kraju.

Szczegółowe informacje dotyczące procesu rekrutacji do służby kandydackiej w Studium Oficerskim m. in. terminy składania wniosków i zasady postępowania rekrutacyjnego dostępne są na stronach internetowych Wyższej Szkoły Oficerskiej Wojsk Łądowych we Wrocławiu i Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi.

Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia prowadzi nabór kandydatów **personelu medycznego**, w tym przede wszystkim **lekarzy: chirurgów, ortopedów, anestezjologów** oraz **reprezentujących inne specjalności**, celem podjęcia służby (pracy) na stanowiskach w **POLSKICH KONTYNGENTACH WOJSKOWYCH (PKW) POZA GRANICAMI KRAJU** w strukturach: PKW UNIFIL (Liban), PKW UNDOF (Syria), PKW KFOR (Kosowo), KW EUFOR (Bośnia i Hercegowina), PKW Irak, PKW Afganistan, PKW Czad. Kandydaci do pracy w PKW proszeni są o zgłaszanie swoich kandydatur pisemnie lub telefonicznie do **Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia, 00-909 Warszawa, Al. Niepodległości 218**, faks **022-6-845-850**. Szczegółowe informacje: tel. **022-6-845-597, 845-438, 874-773, 846-157, 874-101, 846-942, 846-946, 846-301**.

fol. Marek Stankiewicz

Grali na wysokich rejestrach

Już po raz trzeci uhonorowano triumfatorów w konkursie na najlepszy okręgowy rejestr lekarzy. Dyplomy dla pracowników okręgowych izb i statuetki dla izb z Lublina, Koszalina i Torunia, to dowody uznania Naczelnej Rady Lekarskiej za żmudny i często niedoceniany wysiłek administracji biur OIL przy budowie wysoko ocenianego Centralnego Rejestru Lekarzy RP, a szczególnie jego wersji internetowej.



fol. Marek Stankiewicz

Bez mała każdy kontakt z izbą, każda decyzja administracyjna i każda zmiana w danych dotyczących członków samorządu wymaga wprowadzenia odpowiednich zapisów również w systemie informatycznym izby. Pewna, precyzyjnie określona część tych informacji co miesiąc przesyłana jest elektronicznie do Naczelnej Izby Lekarskiej, gdzie tworzy się aktualną bazę danych Centralnego Rejestru Lekarzy. Obecnie jest to zbiór 170 tysięcy polskich lekarzy i lekarzy dentyistów. Jakość i kompletność wprowadzonych do systemu danych, a także terminowość i rzetelność współpracy z Centralnym Rejestrem – to są obiektywne kryteria ocenianej w konkursie pracy administracji izb lekarskich. Dobór właściwych mierników tej oceny jest zadaniem trudnym i zależy od wielu, zarówno zmieniających się w czasie, jak i doraźnych, potrzeb samorządu. Natomiast uniwersalną wartością pośrednio ocenianą przy współpracy z Centralnym Rejestrem na pewno będzie osobiste zaangażowanie pracowników, wzmacniane efektem pracy zespołowej, dobrze zorganizowanej i na końcu rzetelnie ocenianej. Temu służy również Konkurs Prezesa na najlepszy okręgowy rejestr lekarzy.

Mirosław Przastek

Zaproszenie

Koleżanki i Koledzy,

Komisja Stomatologiczna Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu serdecznie zaprasza na

I Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową Lekarzy Dentystów na temat:

Aktualne problemy specjalizacyjnego i ustawicznego kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów w Polsce z uwzględnieniem standardów Unii Europejskiej,

która odbędzie się w dn. **5-8 czerwca 2008 r.**

w przepięknych okolicach **Karkonoszy** w miejscowości **Piechowice**, w **Hotelu „Las”**.

Udział w konferencji, potwierdzony certyfikatem, będzie upoważniał do otrzymania punktów edukacyjnych zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 października 2004 r. Liczba miejsc ograniczona.

Uczestnicy będą rejestrowani według kolejności zgłoszeń **do końca kwietnia 2008 r.**

Zgłoszenia prosimy kierować na adres:

Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław

e-mail: sekretariat@dilnet.wroc.pl, tel. **071-798-80-88**, faks **071-798-80-51**

Szczegółowych informacji w biurze udziela mgr Agnieszka Jamroziak.

Koszt uczestnictwa w konferencji dla jednej osoby wynosi 520 zł. Pieniądze prosimy wpłacać na konto: **BGŻ S.A. O/Wrocław 26 2030 0045 1110 0000 0035 6500**

Pneumonolodzy w Doniecku

Do Doniecka, na IV polsko-ukraińską konferencję pulmonologów w 2007 r., przyjechało ponad 250 lekarzy, w tym blisko 20 z Polski (dwa razy więcej niż do Kijowa w 2005 r.). Zgłoszono na nią ponad 60 doniesień. Bogaty program naukowy składał się z 8 sesji.

Bardzo wysoki poziom naukowy miały sesje teoretyczne. Szczególnie ciekawy był wykład doc. Chorostowskiej na temat hipoksji i hiperoksji oraz prof. Tafil-Klawe (rektora Bydgoskiej AM) o zaburzeniach neuroregulacji oddychania u chorych na obturacyjny bezdech podczas snu. Z dużą uwagą ukraińscy koledzy wysłuchali wykładów prezentujących nowoczesne metody diagnostyczne w chorobach płuc. Dotyczyły one rozpoznawania gruź-

wieckiego na temat skutków oparzeń dróg oddechowych. Duże wrażenie zrobił wykład doc. Doboszyńskiej dotyczący opieki paliatywnej, jakże ważnej u chorych na raka płuca i w terminalnym stadium niewydolności oddychania.

Bardzo wysoko oceniona została zorganizowana po raz pierwszy sesja młodych pulmonologów z udziałem prac zgłoszonych przez studentów koła naukowego warszawskiej AM, prowadzonego przez doc. Domagałę. Wszyscy

byli pod wrażeniem nie tylko poziomu naukowego przedstawionych prac, ale też świetnej znajomości języka angielskiego zaprezentowanej przez młodych Polaków i Ukraińców. Jury przyznało pierwszą nagrodę Oldze Rassokhinie z Doniecka, a Warszawsko-Otwocki oddział PTChP ufundował miesięczne stypendium w Polsce. Podkreślono konieczność organizowania podobnych sesji w następnych latach.

ków. Liczba osób polskiego pochodzenia na tym terenie jest znacznie większa, gdyż był to jeden z terenów zsyłek polskich patriotów. Towarzystwo wydaje gazetę, ma stałe programy radiowe i telewizyjne, jest laureatem wielu nagród za propagowanie kultury polskiej na obczyźnie. Opowieści o losach tych ludzi, o tym jak trafili do Doniecka, jak przetrwali i zachowali poczucie tożsamości narodowej były niezwykle poruszające. Odbędzie się też uroczysta sesja poświęcona 500-leciu rodu Jel-skich w Polsce, na Litwie, Białorusi i Ukrainie, z promocją książki prezentującej dzieje tego rodu. Niezwykle ceniony w Doniecku prof. W. Jel-ski był gościem spotkania i przewodniczył dwóm sesjom w trakcie konferencji. Jest on jednym z czterech polskiego pochodzenia kierowników katedr na Medycznym Uniwersytecie w Doniecku. Pomimo prześladowań w przeszłości i trudności materialnych życia codziennego społeczność polska na tych terenach wykazuje hart ducha i godną podziwu wierność polskim korzeniom. Dlatego powinniśmy im pomagać wysyłając polskie książki, filmy, prasę, zapraszając do kraju i wspierając ich działania i skromne zasoby finansowe.

W czasie zjazdu PTChP w Katowicach w dn. 17-20.09.br. odbędzie V polsko-ukraińska konferencja. Wszystkich zainteresowanych już dziś zapraszamy.

Szczegółowe informacje na stronie internetowej www.30zjazdptchp.pl

Tadeusz M. Zielonka
przewodniczący

Warszawsko-Otwockiego Oddziału
Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc



licy latentnej (doc. Demkow), oceny stanu zapalnego w drogach oddechowych (doc. Domagała), testów nadreaktywności oskrzeli u dzieci (doc. Gutkowski), najnowszych inwazyjnych technik diagnostycznych stosowanych w chorobach układu oddechowego (doc. Chciałowski) i aktualnych zasad interpretacji badań czynnościowych płuc (dr Boros).

Liczne pytania i wykłady ukraińskich uczestników wskazywały, że nowoczesne techniki medyczne nie są jeszcze dostępne na Ukrainie. Z zainteresowaniem wysłuchano w górniczym Doniecku wystąpienia dr. Krzy-

Premier wyróżnił lekarzy

Prof. Anetta Undas, kardiolog i dr hab. Maciej Tadeusz Małecki, diabetolog z Collegium Medicum UJ zostali uhonorowani przez prezesa Rady Ministrów Donalda Tuska za wybitne osiągnięcia naukowe. Doc. Małecki zajmuje się genetycznym podłożem cukrzycy monogenowej i typu 2 oraz powikłaniami cukrzycy. W ciągu ostatnich 8 lat prof. Undas zajmowała się badaniem ostrych zespołów wieńcowych. Jej osiągnięciem była seria publikacji opisująca pleiotropowe właściwości statyn i wykazanie po raz pierwszy u ludzi zahamowania aktywności układu krzepnięcia w czasie takiej terapii. Stworzyła jeden z wiodących ośrodków zajmujących się badaniem struktury i czynności zakrzepów.

Doc. Małecki zajmuje się genetycznym podłożem cukrzycy monogenowej i typu 2 oraz powikłaniami cukrzycy. Jest ekspertem UE do oceny projektów naukowych w ramach programów FP6, FP7 i Ideas. Publikował w czołowych naukowych pismach świata, sumaryczny *Impact Factor* publikacji oryginalnych wynosi ponad 220, jego prace cytowano ok. 700 razy w piśmiennictwie światowym.

Ponadto premier nagrodił młodych naukowców za prace doktorskie i rozprawy habilitacyjne: **Bogdanę Górską** ze Szczecina, **Katarzynę Koziak** i **Michała Mikulę** z Warszawy, **Michała Kaliszana** i **Szymona Ziętkiewicza** z Gdańska.

Nagrody Prezesa Rady Ministrów dla naukowców, ustanowione z inicjatywy Polskiej Akademii Nauk, są przyznawane od 1994 r. Wnioski o ich przyznanie składają jednostki naukowe po wcześniejszym zaopiniowaniu przez odpowiednie komitety naukowe PAN bądź ministra nauki i szkolnictwa wyższego.

ms



Michał Mikulę z warszawskiego Centrum Onkologii odbiera nagrodę.

REKLAMA

REKLAMA



Operator

Ryszard Kijak

foto: Marek Stankiewicz

Białostocki lekarz Wojciech S. znany jest w Polsce z przeprowadzenia dwóch operacji: pierwsza polegała na zorganizowaniu akcji wręczenia swojemu kierownikowi „łapówki kontrolowanej”, druga zaś na podzieleniu się z pewnym dziennikarzem informacją jakoby anestezjolog z szpitala klinicznego w Białymstoku wstrzykiwali pacjentom thiopental w celu ułatwienia sobie pobierania od nich narządów.

Obecnie Wojciech S. wykonuje trzecią operację, mającą na celu sądowe oczyszczenie swojego dobrego imienia, naruszonego przeprowadzeniem dwóch poprzednich zabiegów. Opisanie wszystkich tych skomplikowanych przedsięwzięć zajęłoby mi zbyt dużo miejsca, zajmę się więc tylko przedstawionymi już w innych mediach wydarzeniami związanymi z „afetą thiopentalową”.

Potworni mordercy

Wszystko zaczęło się od tego, że gdy parę lat temu reporterzy „Superwizjera” TVN przygotowywali kolejny materiał związany z „łapówką kontrolowaną” Wojciecha S., powiedział on im przy okazji, iż jeszcze gorszym procederem nękającym białostocki szpital kliniczny jest podawanie pacjentom przez zatrudnionych tam anestezjologów thiopentalu, aby wygasic w nich resztki przejawów życia, i by w ten sposób łatwiej zakwalifikować ich jako dawców narządów. W mediach pojawiła się nawet cena: 2 tys. zł od sztuki.

Wstrząśnięty wyznaniem red. Zielińskiego z TVN zgłosił tę wiedzę w grudniu 2005 r. prokuraturze krakowskiej, i trudno mu się dziwić. Chodziło przecież o zagrożenie życia pacjentów, a nawet o podejrzenie dokonania w szpitalu serii morderstw! Prokuratura wszczęła postępowanie w sprawie i wezwała do złożenia zeznań autora tej potwornej sensacji, czyli chirurga Wojciecha S., oraz jednego z zatrudnionych w SPSK anestezjologów.

Zaznaczyć należy, że obydwaj ci świadkowie nie mieli nic wspólnego z procedurami związanymi z przeszczepami i nie posiadali o nich nawet bladego pojęcia, gdyż pracowali w Klinice Kardiologii SPSK. Zespół transplantologiczny był dla nich strukturą całkowicie obcą. Niemniej „Gazeta Polska”, która stała się adwokatem i propagatorem działań Wojciecha S., cytuje jego wypo-

wieź: Po wezwaniu z prokuratury złożyliśmy zeznania z anestezjologiem K. – co ma zapewne sugerować, iż ów drugi lekarz mówił to samo.

Zamienianie próbek?

Leszek Misiak z „Gazety Polskiej”, mecenas sensacji Wojciecha S. o zabijaniu pacjentów thiopentalem, stosuje manipulację mnożąc świadków jak króliki. Píše on, iż dziennikarz po rozmowach z innymi lekarzami uznał to za prawdopodobne, „to, co zeznał dr S. potwierdził anestezjolog”, „jeden zeznał nawet, że mówiło się o anestezjologach Ch. i S., którzy sikali do próbek, zamieniając próbki moczu kandydatów na dawców narządów, by w badaniu nie wykryto thiopentalu”, „inny – że o procederze mówiło się od 10 lat!”

Gdyby ci informatorzy rzeczywiście istnieli, i gdyby byli przekonani, że w szpitalu dokonywano zabójstw, to dlaczego dotychczas – biorąc pod uwagę najcięższy kaliber zarzutów – nie odważyli się wystąpić publicznie? Zwłaszcza, że jest ich rzekomo tak wielu? Dlaczego nie chcą bronić zagrożonego przez kolegów-killerów życia pacjentów?

Gdyby to było prawdą, to przecież nie mają się czego obawiać, wszak wszyscy stanęliby po ich stronie, nawet pomawiana przez „Gazetę Polską” o stronniczość izba lekarska. Inaczej, posiadając taką wiedzę, na nich też pozostanie odium współuczestniczenia w zabójstwach, bo wcześniej czy później i tak by się to wydało.

„Mówiło się”?

Odpowiedź jest prosta: bo takiego przestępstwa nie było, a owi „inni lekarze”, „potwierdzający anestezjolog”, „jeden zeznający o sikaniu, a inny o 10-letnim procederze – są po prostu postaciami fikcyjnymi, wytworzonymi w fantazji Leszka Misiaka, brnącego do upadłego w zarysowany przez siebie na początku scenariusz horroru,

zapłodniony destrukcyjną wyobraźnią Wojciecha S.

Przy czym Leszek Misiak od razu wygrzebuje sobie drugie wyjście z lisiej nory: ostatnio nie pisze już wręcz o zabijaniu, tylko, że się o tym mówiło: „dr S. powiedział dziennikarzowi TVN prawdę – że w białostockim szpitalu Akademii Medycznej mówiło się o zabijaniu tym lekiem dla uzyskania narządów do przeszczepów”. Taki drobny niuans. Nie, że mordowali, ale że o tym się mówiło.

Nic bardziej bzdurnego. Ani się nie wykańczało, ani się o tym nie mówiło, dopóki nie wpadł na ten zbrodniczy pomysł Wojciech S. Pracuję w tym szpitalu od roku 1981 i nigdy o czymś takim nie słyszałem. O niczym takim „się nie mówiło”. Gwoli ścisłości dodam również, że powołana przez Ministerstwo Zdrowia komisja nie stwierdziła nawet śladu uchybień w procedurach dotyczących przeszczepów.

Najwyższe organa

Śledztwo w sprawie „thiopentalowej” zostało przeniesione z prokuratury krakowskiej do białostockiej, która zdecydowała się umorzyć je wobec niestwierdzenia jakichkolwiek znamion przestępstwa. Mało tego, postanowiła oskarżyć Wojciecha S. o działanie na szkodę pacjentów i świadome doprowadzenie do kryzysu w transplantologii.

Wtedy Wojciech S. postanowił działać. Często – jak informuje Superwizjer TVN – powoływał się on na znajomości z podlaskimi politykami PiS, w załatwianiu jego problemów pomagać miał podobno również kapelan prezydenta RP.

Zgodnie z tym, co podaje TVN, Wojciech S. zwrócił się więc o pomoc do ówczesnego ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobry: w ministerstwie podchwyciono chętnie trop transplantacyjny, ponieważ w tym samym czasie prowadzono sprawę przeciwko dr. G.,

gdzie pojawiały się wątki handlu organami. Podobno Wojciech S. spotkał się nawet z członkami gabinetu politycznego Ziobry.

Oczyszczenie

Przeciwko białostockim prokuratorom, którzy postawili Wojciechowi S. zarzuty składania kłamliwych zeznań, wdrożono postępowanie służbowe. Na żądanie Prokuratury Krajowej sprawę Wojciecha S. wycofano z Białegostoku i przekazano do Radomia, gdzie... została umorzona. Wg „Gazety Polskiej” Prokuratura Okręgowa w Radomiu oczyściła Wojciecha S. z zarzutu składania fałszywych zeznań w sprawie thiopentalu, gdyż powiedział on prawdę, że w białostockim szpitalu Akademii Medycznej mówiło się o zabijaniu tym lekiem dla uzyskania narządów do przeszczepów.

Nigdy nikt w szpitalu o takich zdarzeniach nie mówił. W jaki sposób radomska prokuratura ustaliła, że się mówiło o zabijaniu pacjentów thiopentalem – i na podstawie czyich zeznań to stwierdzono – pozostaje tylko jej tajemnicą. Jak można uznać, że się o czymś w zakładzie mówiło, mając (ewentualnie!) jedno lub dwa zeznania potwierdzające, na półtora tysiąca pracowników?

Tymi bredniami zajmie się jeszcze sąd lekarski. Jak na razie jednak nie może wyznaczyć terminu posiedzenia, ponieważ z Radomia nie dotarły do niego akta sprawy.

Obraza dóbr osobistych

Ale w tym czasie, zachęcony umorzeniem prokuratury radomskiej, Wojciech S. poszedł dalej i... pozwał do sądu dziennikarkę białostockiej mutacji „Gazety Wyborczej” Agnieszkę Domąnowską oraz Annę Gąsiorowską, o naruszenie dóbr osobistych.

Utrzymuje on, iż – wbrew enuncjacji prasowej – w ogóle nic nie wspominał o zabijaniu thiopentalem pacjentów w SPSK, a jeżeli nawet mówił, to sam tego nie wymyślił, lecz powtórzył tylko domysły zasłyszane od innego lekarza.

Ponieważ sprawa ta w białostockim sądzie grodzkim jeszcze się nie zakończyła (jak dotychczas odbyły się dwie rozprawy, ale na tym nie koniec), w tym miejscu muszę swój artykuł zakończyć, a przynajmniej pierwszą jego część, gdzie zebrałem tylko powszechnie znane z różnych publikacji informacje na ten temat. Drugą część napiszę po ogłoszeniu wyroku.

Szkolenie specjalistów w kraju, pomimo kilku reform, nadal pozostawia wiele do życzenia.

Dziś największym problemem wydaje się być niechęć przekazywanie umiejętności przez starszych, doświadczonych lekarzy swoim młodszym kolegom, którzy często traktowani są jako potencjalni konkurenci. Tymczasem źle wyszkolony lekarz to zarazem więcej błędów popełnionych w wyniku nieracjonalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, dłuższy okres hospitalizacji i więcej powikłań, a co za tym idzie – olbrzymie wydatki dla szpitali. Tysiące źle wyszkolonych lekarzy to olbrzymie straty dla całego systemu ochrony zdrowia, a zarazem skuteczny hamulec wzrostu lekarskich pensji. Niestety nikt do tej pory nie podjął próby wykonania dokładnych kalkulacji dotyczących oceny korzyści lub strat wynikających z lepiej lub gorzej przeprowadzonego szkolenia specjalizacyjnego. Również niewiele osób, które decydują o kształcie ochrony zdrowia w Polsce, dostrzega istniejącą zależność pomiędzy poziomem szkolenia kadr medycznych a funkcjonowaniem systemu.

Obecnie ponad 7-tysięczna grupa młodych lekarzy odbywa szkolenie specjalizacyjne na tzw. etatach rezydentur. Rezydentura przyznawana jest na podstawie wyniku postępowania kwalifikacyjnego lekarzom, którzy w danej dziedzinie medycyny uzyskali najwyższe wyniki. Niezwykle istotnym etapem procedury szkoleniowej jest wybór kierownika specjalizacji. Etap ten ma zasadnicze znaczenie w życiu każdego lekarza. Bowiem często od wyboru właściwego nauczyciela zależy, jakiej klasy specjalistą będziemy w przyszłości.

Kierownikiem specjalizacji może zostać lekarz specjalista w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem specjalizacji, a w uzasadnionych przypadkach – w pokrewnej dziedzinie medycyny. Każdy rozpoczynający specjalizację ma prawo wyboru osoby kierującej jego specjalizacją. Kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Jak mówi przepis, lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie lekarza spośród lekarzy wykonujących swój zawód albo spośród lekarzy wyznaczonych przez kierownika danej jednostki. Niestety na tym etapie często dochodzi do nieprzestrzegania prawa. Najczęstszym grzechem ordynato-

rów jest samodzielne podejmowanie decyzji o wyborze kierownika specjalizacji, podczas gdy tylko w przypadku kierunkowych staży cząstkowych wyłącznie kierownik danej jednostki organizacyjnej wyznacza lekarza specjalistę, pod którego kierunkiem specjalizujący się lekarz odbędzie staż.

Jak ważny jest ten wstępny etap szkolenia, wie doskonale każdy medyk. Możliwość wyboru nauczyciela otwiera lub niekiedy, niestety, zamyka możliwość zostania dobrym specjalistą. Dlaczego? Wbrew obiegowym opiniom zadania opiekuna specjalizacji to nie tylko sprawowanie nadzoru nad realizacją planu odbywania specjalizacji, ale również, a raczej przede wszystkim, przekazywanie umiejętności, służenie wiedzą i doświadczeniem.

Dobry kierownik specjalizacji to nie tylko osoba, która dużo wie, ale także ktoś, kto chce i – co więcej – potrafi tę wiedzę przekazać. Trafnego porównania użył kiedyś jeden z mistrzów wschodnich sztuk walki taijiquan, porównując nauczyciela do naczynia wypełnionego herbatą, a ucznia do pustej filiżanki. Proste z pozoru porównanie ma jednak głębsze znaczenie. Nauczanie jest wypełnianiem pustej filiżanki ucznia. Jednak naczynie nauczyciela musi być pełne i mieć dostęp do źródła. Oznacza to, że powinien on posiadać wiedzę i rozumieć zagadnienie, którego naucza. A więc sam powinien stale doszkalać się i doskonalić. Ale istnieje także drugi warunek: naczynie ucznia musi być otwarte, dopiero wówczas można je napełnić. Oznacza to, że specjalizujący się musi być chętny i otwarty na przyjęcie wiedzy. Warunek ten, podobnie jak pierwszy, niestety nie zawsze jest spełniony.

Brak możliwości wyboru własnego mistrza może doprowadzić do sytuacji, którą doskonale obrazuje powiedzenie o przelewaniu z pustego w próżne. Dotyczy ono sytuacji, gdy młodemu lekarzowi zostaje przydzielony kierownik, który tak naprawdę sam nie poznał dokładnie arkan sztuki medycznej lub zbyt wcześnie spoczął na laurach i od długiego czasu nie aktualizuje swojej wiedzy. Bywa również tak, że ogólnie wyznaczony kierownik specjalizacji traktuje przydzielonego mu adepta jako zło konieczne i niekoniecznie jego misją jest dzielenie się swoją wiedzą i doświad-

ceniem z młodszym kolegą. Problem ten w większym stopniu dotyczy lekarzy zdobywających specjalizację zabiegową, wymagającą dużych umiejętności praktycznych, których nie sposób nabyć inaczej niż dzięki aktywnej pomocy bardziej doświadczonych kolegów, w tym kierownika specjalizacji. Niestety nie wszystkiego można nauczyć się z książek, a stanie przez kilka lat specjalizacji tylko i wyłącznie na hakach wybitnym specjalistą z pewnością nie czyni. Zwiększa za to znacznie ryzyko niepomyślnie zakończonych operacji.

Dane statystyczne nie podlegają dyskusji. Zły kardiochirurg może mieć pięciokrotnie wyższy współczynnik śmiertelności niż jego dobrze przygotowany kolega. Podobnie jest z lekarzami innych specjalności. Oczywiście początkiem każdej nauki jest osobiste doświadczenie. Młody lekarz na początku swojej medycznej podróży popełnia wiele błędów. Czasami nawet zbyt wiele. Zwolennicy teorii mówiącej, że dezorientacja jest niezbędną fazą uczenia się, w tym przypadku nie do końca mają rację. Bowiem błędów, jeśli tylko można, należy unikać, szczególnie wtedy, gdy mogą one bezpośrednio zagrażać zdrowiu i życiu pacjentów. I właśnie zadaniem kierownika specjalizacji jest odpowiednie pokierowanie swoim podopiecznym, tak by błędów popełniał jak najmniej, a w przyszłości sam stał się mistrzem szkolącym kolejne pokolenia młodych lekarzy.

Naturalną konsekwencją nałożenia obowiązku szkolenia lekarzy powinien być odpowiedniej wysokości dodatek do pensji, który by jeszcze bardziej zachęcał do wzorowego wywiązywania się z powierzonych zadań. Zaś młodzi specjaliści po zakończeniu szkolenia, wypełniając odpowiednie formularze, powinni mieć możliwość oceny swoich mistrzów. Gdyby tego rodzaju dane trafiały następnie do WCZP, umożliwiając tworzenie odpowiednich rejestrów, możliwa byłaby eliminacja z kasty mistrzów lekarzy, którzy nie spełnili oczekiwań swoich podopiecznych oraz nagradzanie tych, którzy w opinii wielu specjalizantów zyskali miano wielkich mistrzów.

Marek Derkacz
marekderkacz@interia.pl

„Medicus”, 1-2/2008

Z lekarskiej wokandy

Cygan zawinił, kowala powiesili

Paweł i Gawęł w jednym stali domu... Paweł był właścicielem Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Centrum Lecznicze”, a Gawęł – takiej samej placówki o nazwie „Usługi Medyczne”. Dzielili nie tylko lokal, ale także zatrudniali tych samych lekarzy i pielęgniarki. Zgodnie z obowiązującym prawem, obaj podpisali i wykonywali umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z właściwym terenowo oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Jako świadczeniodawcy podlegali kontroli w zakresie realizacji zawartych umów, w obu zakładach dokonano sprawdzenia.

Kontrolerzy NFZ sprawdzili (cytuję za protokołami kontroli) *„zgodność i zasadność zapisywanych na receptach leków z dokumentacją medyczną pacjentów”*. Przyszli do Pawła, ponieważ posiadli wiedzę, że lekarz Zofia G. na receptach przypisanych „Centrum Leczniczemu”, wystawiła dwie recepty dla nieżyjącego już mężczyzny. Kontrolerzy zażądali od Pawła dokumentacji lekarskiej osoby, na którą zaordynowano leki refundowane. Paweł takiej nie posiadał, a zatem w protokole kontroli skrzętnie zanotowano: „kontrolującym nie przedstawiono dokumentacji medycznej pacjenta o numerze PESEL (...), dla którego lekarz (tu imię i nazwisko Pani Doktor) wystawiła dwie recepty na łączną kwotę refundacji 501 zł”. W związku z tym Fundusz zażądał od Pawła zwrotu środków „wydatkowanych bezpodstawnie”. Przeprowadzona w tym samym czasie kontrola u Gawęła stwierdziła „zgodność wpisów danych umieszczanych na receptach z dokumentacją medyczną pacjentów”.

Paweł wściekł się, bo jak sądził, to Gawęł „najdiksze wyprawiał swawole”. Pani Doktor była bowiem żoną Gawęła, pełniła funkcję dyrektora „Usług Medycznych” i tam też przyjmowała pacjentów. Paweł wydobyl z „Usług Medycznych” dokumentację pacjenta, na którego wystawiono fikcyjne recepty, w której znajdowały się zapisy wskazujące na osobiste zbadanie pacjenta oraz zaordynowanie leków pod datami po jego zgonie (13, 26, 41 i 74 dni). Zapisy z historii choroby brzmią typowo: „ból kończyn dolnych”, „chromanie przystankowe”, „bezsennosc”, „ból głowy”. Paweł złożył zażalenie na decyzję dy-

rektora oddziału NFZ, zobowiązującą go do zwrotu równowartości refundacji z oczywistą argumentacją – nie mój pacjent, nie mój lekarz. Zespół do spraw rozpatrywania zażaleń składanych do prezesa NFZ uznał, że nie „zachodzą okoliczności do odstąpienia od egzekucji nałożonej kary finansowej”. Argumentację zespołu przedstawiam w całości, gdyż jej urzędniczo-prawniczy styl podkreśla absurdalność opisanej sytuacji:

Fakt wyłudzenia środków publicznych na refundację leków jest bezsporny, a zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego świadczeniobiorcom zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej. Zatem do obowiązków świadczeniodawcy należy także właściwe wykorzystanie przydzielonych mu druków recept numerowanych. Z tego względu kara nałożona na podmiot kontrolowany winna być postrzegana w kategoriach sprawowania właściwego nadzoru nad realizacją umowy. NFZ nie odnosi się do ewentualnego odzyskania ww. kwoty od Pani Doktor na drodze powództwa cywilnego.

Paweł złożył pismo do Komisji Etyki właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej. Tego samego dnia identyczne brzmiące pismo pod ten sam adres skierował Gawęł. Sprawę, jako że dotyczyła naruszenia zasad etyki zawodowej, przejął Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Na podstawie dokumentów i zeznań

potwierdził wszystkie opisane wyżej fakty. Dodatkowo z przesłuchania Pani Doktor dowiedział się, że małżonkowie pozostawali w separacji, Gawęł „wyrzucił” żonę z pracy i nie miała ona środków na utrzymanie siebie i chorej córki. Lekki wypisała właśnie dla niej, nie wiedziała, że pacjent nie żyje. Wypisała je na receptach Pawła przypadkowo, gdyż leżały obok siebie w jednym z gabinetów, z których Paweł i Gawęł wspólnie korzystali. Jak twierdziła, „często tak było, że jak zabrakło recept jednego NZOZ-u, to wydawano recepty drugiego”.

Pani Doktor poddała się dobrowolnie karze nagany bez przeprowadzenia rozprawy. Czy sprawa ta jest ilustracją klasycznego powiedzenia „Cygan zawinił, kowala powiesili”? Należy ostatecznie sądzić, że Paweł i Gawęł pozostawali w biznesowym przynajmniej sojuszu. Dzielili częściowo lokal i zatrudniali ten sam personel. Złożyli w końcu jednobrzmiące doniesienia. Żadne jednak okoliczności nie uzasadniają braku dbałości o dokumenty numerowane, zwane też „drukami ścisłego zarachowania”. Obaj właściciele (lekarze) zgrzeszyli brakiem staranności w przechowywaniu i używaniu tych dokumentów, a na Pawła „padło” przez przypadek. Zgodnie z § 13 ust. 1 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich druki recept przechowuje się w warunkach zapewniających ich należyłą ochronę. I brzmi to jasno: rozkaz, wykonać!

Jerzy Ciesielski
mecenas

„Panaceum”, 3/2008

Nadzór ordynatorski obowiązek pracownika czy nadużycie pracodawcy?



W obowiązujących regulacjach prawnych nie istnieje pojęcie „nadzoru ordynatorskiego”. Nie oznacza to jednak, że ordynator jako osoba pełniąca funkcję kierowniczą nie może zostać zobowiązana przez pracodawcę do pełnienia nadzoru w celu realizowania interesów pracodawcy i właściwego wykonywania świadczeń zdrowotnych!

Nadzór ordynatorski a dyżur medyczny

W związku z faktem, że przepisy prawa nie przewidują wprost możliwości pełnienia nadzoru ordynatorskiego, wykonywanie nadzoru możliwe jest w ramach pełnienia dyżuru medycznego.

Zgodnie z art. 32j ust. 1 UoZOO, do pełnienia dyżuru medycznego mogą zostać zobowiązani przez pracodawcę lekarze, a także osoby z wyższym wykształceniem wykonujący inny zawód medyczny. Należy podkreślić, że obowiązek pełnienia dyżurów może zostać nałożony na wszystkich lekarzy, bez względu na stopień naukowy lub pełnioną funkcję.

Przez dyżur medyczny należy rozumieć zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 4 UoZOO wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny.

Dyżur medyczny pełniony jest poza normalnymi godzinami pracy, a więc zawsze ponad obowiązującym pracownika dobowym lub tygodniowym wymiarem czasu pracy.

W związku z powyższym pracodawca może zobowiązać ordynatora do pełnienia nadzoru poprzez nałożenie na niego obowiązku pełnienia dyżuru medycznego w odpowiedniej formie!

Forma dyżuru medycznego

Pełnienie nadzoru ordynatorskiego może być realizowane poprzez pozostawanie w gotowości do pracy. Zgod-

nie z art. 32k UoZOO, lekarze, w tym również ordynatorzy mogą zostać zobowiązani przez pracodawcę do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza zakładem opieki zdrowotnej. Pozostawanie do dyspozycji pracodawcy poza miejscem pracy jest jedną z form pełnienia dyżuru medycznego, który potocznie nazywany jest „dyżurem pod telefonem”.

Pełnienie dyżuru pod telefonem przez ordynatora jest jednoznaczne z pozostawaniem do dyspozycji pracodawcy. Pozostawanie do dyspozycji pracodawcy wiąże się z gotowością pracownika do pełnienia podstawowych obowiązków pracowniczych i możliwością pracodawcy do rozporządzania czasem pracownika. Należy podkreślić, że UoZOO nie określa miejsca, w którym ordynator musi pozostawać w gotowości do pracy. Wynika z tego, że lekarz może pozostawać do dyspozycji na przykład pod telefonem komórkowym lub stacjonarnym. Ordynator zobowiązany do pełnienia „nadzoru ordynatorskiego pod telefonem” nie może odmówić używania własnego telefonu komórkowego lub domowego w celu kontaktowania się z pracodawcą, motywując to faktem, że nie jest to telefon służbowy. Konstrukcja dyżuru pod telefonem przewiduje pozostawanie do dyspozycji pracodawcy, w tym także możliwość szybkiego skontaktowania się z pracownikiem w razie potrzeby. Trudno wyobrazić sobie łatwiejszy sposób kontaktowania się z lekarzem pełniącym dyżur poza miejscem pracy niż kontakt telefoniczny.

Warto podkreślić, że do dyspozycji pracodawcy nie może pozostawać ordynator, który:

- jest chory,
- pozostaje pod wpływem alkoholu. Zdaniem Sądu Najwyższego stawienie się pracownika w miejscu wykonywania pracy w stanie nietrzeźwości wyklucza możliwość świadczenia przez niego pracy, a także pozosta-

wanie w gotowości do jej świadczenia, co jest jednoznaczne z niemożnością pełnienia dyżuru pod telefonem (wyrok z 11.04.2000 r., I PKN 586/99, OSNAPiUS 2001, z. 18, poz. 556).

- nie oczekuje faktycznie na polecenia pracodawcy (np. w czasie, gdy powinien pozostawać do dyspozycji pracodawcy jedzie do innego miasta),
- bez uzasadnienia nie chce wykonać czynności zleconych przez pracodawcę (np. celowo zwleka z przyjazdem do szpitala).

Zapis dotyczący pełnienia dyżuru pod telefonem (nadzoru ordynatorskiego) w umowie o pracę

Obowiązek pełnienia dyżuru nie wynika z odrębnych postanowień prawnych, ale jest jednym z obowiązków pracownika wykonującego pracę na podstawie umowy o pracę (orzeczenie Sądu Najwyższego z 31.01.1978 r. II PRN 147/77, OSNCp 1978/7/126).

W związku z tym, że dyżur jest traktowany jako dodatkowe zadanie pracownicze wykonywane poza normalnymi godzinami pracy, ordynator nie może odmówić pełnienia dyżuru powołując się na brak odpowiednich zapisów w umowie o pracę.

Jeśli ordynator, który został zobowiązany przez pracodawcę do pełnienia nadzoru ordynatorskiego pod telefonem, nie stawia się w tym celu w odpowiednim miejscu i czasie, pracodawca może zakwalifikować jego zachowanie jako ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych. Takie zachowanie ordynatora, dając pracodawcy możliwość rozwiązania umowy o pracę bez zachowania terminu wypowiedzenia. Warto podkreślić, że możliwość rozwiązania umowy o pracę istnieje bez względu na to, czy w związku z zachowaniem ordynatora nastąpiły negatywne następstwa, czy też nie. W wyroku z 7.09.1999 r. (I PKN 224/99, OSNAPiUS 2001/1/7)

sąd stwierdził, że zastosowanie art. 52 § 1 pkt 1 KP w związku z art. 30 § 4 KP (rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia) możliwe jest ze względu na konkretny czyn pracownika (np. niestawienie się w celu pełnienia dyżuru), natomiast drugorzędne znaczenie ma dla czego pracodawca kwalifikuje ten czyn jako ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych (oznacza to, że nieważne jest czy czyn pracownika spowodował negatywne następstwa).

Należy również podkreślić, że pracodawca nie ma obowiązku wskazywania na konieczność pełnienia dyżurów stacjonarnych lub dyżurów pod telefonem w regulaminie pracy. Do pełnienia dyżurów lekarze mogą zostać zobowiązani zawsze, kiedy zdaniem pracodawcy dyżur jest niezbędny do właściwej organizacji pracy w zakładzie opieki zdrowotnej.

Wynagrodzenie za dyżur pod telefonem

Za każdą godzinę pozostawania do dyspozycji pracodawcy poza zakładem opieki zdrowotnej ordynatorowi przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje tylko jedną stawkę wynagrodzenia za czas pozostawania do dyspozycji pracodawcy. Oznacza to, że lekarz otrzyma zawsze 50% stawki godzinowej, bez względu na to czy będzie pełnił dyżur pod telefonem w nocy, w niedzielę lub święta, czy też w ciągu dnia powszedniego.

Jeżeli ordynator pozostający do dyspozycji pracodawcy zostanie wezwany do zakładu opieki zdrowotnej, do pełnienia dyżuru będą miały zastosowanie przepisy dotyczące stacjonarnego dyżuru medycznego. Ma to również odniesienie do kwestii finansowych. Z chwilą wezwania do ZOZ-u ordynator otrzyma za dyżur medyczny wynagrodzenie, którego wysokość uzależniona będzie od pory pełnienia dyżuru.

Liczba dyżurów pod telefonem

Znowelizowana UoZOO znosi limity dyżurów medycznych. Poprzednio pracodawca mógł zobowiązać lekarza do pełnienia maksymalnie 2 dyżurów tygodniowo i 8 dyżurów w miesiącu. Obecnie pracodawca może zobowiązać pracownika do pełnienia dyżurów w ilości zależącej od systemu czasu pracy, który ma zastosowanie do danego pracownika.

Warto przypomnieć, że znowelizowana UoZOO przewiduje trzy rodzaje systemów czasu pracy. Należą do nich:

- podstawowy czas pracy – norma dobową nie może przekraczać 7 godzin 35 minut, zaś norma tygodniowa nie może przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie przekraczającym 3 miesięcy,
- równoważny czas pracy – norma dobową nie może przekraczać 12 godzin. Konieczne jest wówczas zachowanie tygodniowej normy czasu pracy w wymiarze 37 godzin 55 minut (w pięciodniowym tygodniu pracy), w okresie rozliczeniowym nie przekraczającym jednego miesiąca, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach 4 miesięcy. Równoważny czas pracy może zostać zastosowany, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub organizacją pracy w danym zakładzie opieki zdrowotnej,
- wydłużony czas pracy – dobowy wymiar czasu pracy nie może przekraczać 12 godzin, zaś tygodniowy wymiar czasu pracy może przekraczać przeciętnie 48 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące. Należy podkreślić, że ten system czasu pracy może być stosowany w odniesieniu do lekarzy wyłącznie za ich zgodą wyrażoną na piśmie.

Pracodawca nie może zobowiązać ordynatora do pełnienia nadzoru ordynatorskiego w innej formie niż dyżur pod telefonem. Możliwość pełnienia nadzoru ordynatorskiego w innej formie istniałaby jedynie wówczas, gdyby ordynator podpisał umowę o pracę, w której zakres obowiązków pracowniczych obejmowałby np. pełnienie całodobowego nadzoru ordynatorskiego. Wymagałoby to jednak zgody ordynatora na wykonywanie tego rodzaju obowiązków. W pozostałych przypadkach nadzór ordynatora powinien być traktowany jako dyżur pod telefonem, za który ordynatorowi przysługuje stosowne wynagrodzenie.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Z wokandy czyli z życia

Czy nie można liczyć, aby sąd lekarski oceniał nasze postępowanie z uwzględnieniem dylematów, trudności i wątpliwości różnej natury?

Był piątek, grudzień 2005 r. Do mojego gabinetu lekarza rodzinnego weszła przeżrana i zapłakana pacjentka. Przyszła w sprawie swojego brata – pana Janka. Brat był chory psychicznie, leczony w szpitalu psychiatrycznym w

1996 r., a następnie w poradni psychiatrycznej. Od dawna nadużywał alkoholu i często był agresywny, ale ostatnio pił bez przerwy. Jego agresja stała się nie do wytrzymania. Groził, że w nocy pozabija ją i jej dzieci. Mieszkają z bratem w jednym domu

Wnioski z wokandy

Oto mamy odczucia obwinionego lekarza. Jak słusznie sam wskazuje, liczba chętnych do poszukiwania winnych wśród lekarzy stale się powiększa, w czym nie miały udziału mają szansę na uzyskanie znaczącego odszkodowania. Skargi i postępowania w różnych trybach stają się chlebem powszednim i zmieniają podejście do odpowiedzialności. O ile dawniej nawet już sam zarzut był odczuwany jako kara, to w roszczeniowych społeczeństwach zarzuty i wynikające z nich utarczki prawne są traktowane jako rozgrywka, zwykle prowadzona przez godnie wynagradzanych prawników. Do takiej rzeczywistości musimy się przyzwyczajać.

Nie znając szczegółów sprawy bardzo trudno jest komentować rozstrzygnięcie sądu. Można jednak sądzić, że uwzględniono dobre zamiary obwinionego, ponieważ orzeczono najniższą możliwą karę. W tym aspekcie warto tylko po raz kolejny przypomnieć, że samo zaufanie i porozumienie lekarza z pacjentem lub jego rodziną już od dawna nie wystarczają jako kryterium prawidłowego postępowania. Pominiecie jakiegokolwiek przepisu prawa, niezależnie od intencji, będzie traktowane jako przewinienie. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu pojawią się roszczenia, wcześniejsze porozumienie, zaufanie i wdzięczność zamienia się w ciąg oskarżeń, niekiedy zupełnie absurdalnych. Tylko zgodne z przepisami i prawidłowo udokumentowane postępowanie może uchronić przed karą.

Osoby, które nie miały jeszcze do czynienia z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem lekarskim oraz z sądami powszechnymi, powinny z tej sprawy wyciągnąć wnioski, że każde takie postępowanie należy traktować poważnie i zawsze należy zapewnić sobie obrońcę, a najlepiej dwóch: lekarza i prawnika. W uzasadnionych przypadkach można wnioskować o ustanowienie obrońcy z urzędu. Obwiniony nie powinien być w postępowaniu sam. To poważny błąd, który może mieć duży wpływ na orzeczenie.

Andrzej Michalski wyraża też niezadowolony z powodu dodatkowej odpowiedzialności lekarzy i prowadzenia jej przez naszą własną instytucję – izbę lekarską. Podobnie myśli wielu lekarzy. Jednak od lekarzy na całym świecie wymaga się więcej niż od zwykłego obywatela i dodatkowy tryb odpowiedzialności zawodowej istnieje w każdym kraju. Zlikwidowanie go nie wchodzi w rachubę, mówi się raczej o kolejnych dodatkowych trybach. Oczywiście postępowanie może prowadzić inna instytucja i jeżeli polscy lekarze bardzo będą chcieli, żeby nie była to izba lekarska, przejmie ją administracja państwowa lub instytucja spoza zawodu. Niezadowolony wynika również z niewłaściwego rozumienia roli izby lekarskiej. Izba jest reprezentacją lekarzy, ale jednocześnie sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, przekazany środowisku lekarskiemu przez państwo. Wyłącznie reprezentowaniem interesów lekarzy zajmują się np. związki zawodowe gdy chodzi o lekarzy zatrudnionych, stowarzyszenia, porozumienia itp.

Nadzór (prawo wykonywania zawodu, rejestry, kształcenie ustawiczne, odpowiedzialność zawodowa itp.) istnieje we wszystkich krajach. Oczywiście nie musi go wykonywać izba lekarska, można wszystkie wymienione działania przekazać administracji lub specjalnie utworzonym instytucjom publicznym. Większość krajów uznaje jednak, że izba lekarska jest najlepszą, najbardziej profesjonalną formą sprawowania nadzoru.

Jest wiele dowcipnych powiedzeń o tym, czego w życiu nie można uniknąć. Gdy chodzi o lekarzy, nie można, między innymi, uniknąć ścisłej regulacji i nadzoru nad wykonywaniem zawodu. Jeżeli już nadzór musi być, tak samo jak podatki i inne obowiązki, lepiej niech nadal będzie wykonywany przez lekarzy.

Romuald Krajewski

„po rodzicach” i nie może się skutecznie od niego odgradzić. Od kilku nocy nie śpi obawiając się ataku. Wezwała pogotowie ratunkowe w nadziei, że brat zostanie zabrany na leczenie. Lekarz stwierdziwszy upojenie alkoholowe wezwał policję, aby pacjenta przewieziono do izby wytrzeźwień, a w sprawie leczenia psychiatrycznego radził zwrócić się do psychiatry lub lekarza rodzinnego.

Znałem pana Janka, był także moim pacjentem. Wiedziałem, że jest leczony psychiatrycznie i nadużywał alkoholu. Niewykształcony i raczej prymitywny człowiek uważał się za wyjątkową jednostkę – poetę i rzeźbiarza. Pozował na dobrotliwego, ale był przepełniony pretensjami do całego świata, z podskórnie wyczuwalną złością i łatwym wzbudzeniem emocji, od samouwielbienia do roszczeniowego zaślepienia. Rozmawiało się z nim zawsze trudno. Czy teraz stanowił realne zagrożenie dla siostry i jej rodziny? Odpowiedź była trudna, ale decyzję należało podjąć. Uzyskanie konsultacji psychiatrycznej było nierealne do następnego tygodnia. Wątpliwe, by pan Janek zgodził się na to badanie. O jego stanie psychicznym trzeba było przekonać się osobiście, ale nie było to możliwe, gdyż przebywał w izbie wytrzeźwień. Jego powrotu bardzo obawiała się siostra, przekonana, że najbliższej nocy chory psychicznie brat będzie usiłował ją skrzywdzić. Stałem przed dylematem: odesłać pacjentkę do domu z zaleceniem wezwania pogotowia i policji w razie zagrożenia albo zakładając, że pomoc może nie zdążyć na czas i w nocy rzeczywiście dojdzie do tragedii, wystawić „zaocznie” skierowanie do szpitala psychiatrycznego? Wybrałem to drugie zdając sobie sprawę, że łamię przepisy, ale, być może, ratuję w ten sposób czyjeś zdrowie lub życie.

Po kilku godzinach zadzwonił lekarz izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Właśnie rozmawiał z panem Jankiem. Nie stwierdzał u pacjenta ostrych obja-

wów psychotycznych i chciał się upewnić, jakie motywacje kazały mi skierować go do szpitala oraz czy rzeczywiście go nie badałem. Wyjaśniłem okoliczności „zaocznego” skierowania pacjenta, a wobec jednoznacznej oceny specjalisty nie upierałem się przy zatrzymaniu pacjenta wbrew jego woli w szpitalu, a on sam nie wyrażał zgody na obserwację szpitalną. W tej sytuacji pacjenta niezwłocznie odwieziono karetką pogotowia do domu.

Kilka tygodni później pana Janka ponownie przewieziono do szpitala psychiatrycznego. Był przymusowo hospitalizowany, ale bez mojego w tym udziału.

W połowie maja 2006 r. otrzymałem pismo od adwokata-pełnomocnika pana Janka żądające wyjaśnień mojego postępowania w grudniu 2005 r., a po moich wyjaśnieniach – przyszło następne pismo z żądaniem 10 tys. zł w charakterze „zadośćuczynienia za doznane upokorzenie, negatywne przeżycia psychiczne, fakt, że stał się pośmiewiskiem lokalnej społeczności”. Odmówiłem, bo nie uważam, abym wyrządził panu Jankowi jakąkolwiek krzywdę poza narażeniem na fatygę przejazdu do szpitala psychiatrycznego i z powrotem.

W listopadzie 2006 r. otrzymałem pismo od okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w sprawie skierowania przeze mnie pana Janka do szpitala psychiatrycznego bez badania pacjenta. Postępowanie wszczęto na skutek skargi pacjenta.

Szczegóły postępowania rzecznika i okręgowego sądu nic nowego do sprawy nie wnoszą, bowiem przewinienie było oczywiste i dochodzenie rzecznika, jak i postępowanie przed sądem lekarskim potwierdziło okoliczności opisane powyżej.

Uznano mnie winnym i ukarano upomnieniem

Siostra pana Janka przegrodziła dom murem i zrobiła sobie osobne wejście do domu. Pan Janek sam wystąpił do sądu o ubezwłasnowolnienie swojej osoby w przekonaniu, że takie „zółte

papiery” uczynią go zupełnie bezkarnym wobec prawa. Adwokat pana Janka przygotowuje w jego imieniu pozew do sądu powszechnego z roszczeniem odszkodowania.

Piszę o tym ku przestrodze. Czy nie można liczyć, aby sąd lekarski oceniał nasze postępowanie z uwzględnieniem dylematów decyzji, trudności i wątpliwości różnej natury? Znaczenie mają tylko przepisy? Ideały obrony życia i zdrowia ludzkiego niezależnie od okoliczności nie mają zupełnie znaczenia. Należy ze wszech stron ubezpieczać swoje działania przed roszczeniami, posądzeniami i możliwymi oskarżeniami. Nie można liczyć na pomoc izby lekarskiej. Przed sądem lekarskim jest tylko oskarżyciel – rzecznik odpowiedzialności zawodowej – nie ma obrońcy! Lekarz musi bronić się sam lub prosić o pomoc kolegów albo wynajmując adwokata.

Jest dużo chętnych do atakowania i oskarżania lekarzy. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd lekarski, rzecznik praw pacjenta przy Ministerstwie Zdrowia i NFZ, rzecznik praw obywatelskich, stowarzyszenia pacjentów „Primum non nocere” Adama Sandauera. To pewnie nie koniec tej listy. W planowanych zmianach ustawowych przed sądami lekarskimi pacjent uzyska prawo strony oczywiście – obwiniającej. Zatem lekarz będzie atakowany z dwóch stron: przez rzecznika i przez pacjenta i jego adwokatów. Jeśli zostanie uznany za winnego, sąd lekarski ukarze go dotkliwą grzywną, a następnie sąd powszechny orzeknie własną karę i odszkodowanie na rzecz pacjenta. Wszystko za to samo przewinienie. Inni obywatele tego nie doświadczają, ale inni nie walczyli o izbę lekarską i jej sądy. Mamy cośmy chcieli. Wszystko to jednak nic w porównaniu z przygotowywaną ustawą o prawach pacjenta. To prawdziwy „młot na czarownice”. Niewydolny system ochrony zdrowia oferuje swoim ubezpieczonym coraz mniej – wobec tego trzeba znaleźć kogoś odpowiedzialnego za dostarczanie (a właściwie niedostarczanie) tych świadczeń. Kozioł ofiarny pilnie potrzebny i łatwo zgadnąć kto nim zostanie.

Andrzej Michalski



III Zimowe Igrzyska Lekarskie Zakopane 2008

w obiektywie
Marka
Stankiewicza





Igrzyska w marcowym słońcu

W dn. 5-9.03.br. w Zakopanem i Nowym Targu rozegrano III Zimowe Igrzyska Lekarskie.

Jeszcze kilka dni wcześniej w całym kraju wiało, a na Podhalu rześisty deszcz topił resztki śniegu. Zima na szczęście w ostatniej chwili wróciła. Bliśko 200 uczestników igrzysk początkowo kąpało się w marcowym słońcu przy lekkim mrozie na Kasprowym Wierchu, gdzie odbył się ski-tour, a następnie slalom gigant i specjalny. Także w następnych dniach na Zadziału w Nowym Targu (zjazd i carving) czy na biegach narciarskich na Butorowym Wierchu warunki śniegowe były wspaniałe.

Najwięksi atleci igrzysk: ski-tourowcy przemierzali trasę z Kuźnic przez Kasprowy na Goryczkową Suchą Kopę i z powrotem. Dyscyplina ta jest jeszcze wciąż niszowa, ale wielu z obecnych na igrzyskach obiecało, że już w przyszłym roku założą foki i podbije Kasprowy bez pomocy kolejki. W tym roku w tourze zwyciężali: Edward Mikołajczyk (Będzin), Jacek Łabudzki (Sandomierz) i Lucjan Habieda (Nowy Targ).

Najwięcej uczestników zgromadziły jak co roku slalomy. Trasy były wymagające, szczególnie w slalomie specjalnym. Po dwa złota na Kasprowym zdobyli wśród pań Maria Mituś (Kraków), Alina Magner (Katowice), Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk (Warszawa) i Misia Przyłuska (Szczecin). Wśród panów Marek Skrzypeczyński (Wrocław). W innych kategoriach wiekowych panowie podzieliли się złotymi medalami – w kat. B Jaromir Szałajko (Bielsko-Biała) i Tomasz Szopiński (Warszawa), w C Jan Lewandowski (Koniaków) i Cezary Zahorski (Szkłarska Poręba).

i w D Krzysztof Makowiecki (Warszawa) i Bartłomiej Kita (Kraków).

Warunki narciarskie na Zadziału w Nowym Targu wszystkich wprawiły w zdumienie. Szeroki na 100 m pas śniegu pośród wiosennej trawy był znakomicie zmrożony i twardy, tak że trasy nawet po dwóch przejazdach były równe. W zjeździe i ciekawie ułożonym carvingu podwójne zwycięstwo odnieśli: Maria Mituś, Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk, Misia Przyłuska, Cezary Zahorski, Bartłomiej Kita i Szymon Banak (Zakopane). Po jednym złocie wywalczyli w carvingu: Dominik Chodyra (Bolesławiec), a w zjeździe Iza Jachymiak (Nowy Targ) i Bartłomiej Helmecki (Zakopane).

W znakomitej scenarii odbyły się także biegi narciarskie. Tradycyjnie niedościgniony był Paweł Bubula, lekarz dentysta z Wiśniowej k. Krakowa, aktualny wicemistrz świata lekarzy (na zdjęciu na okładce). Na trasach biegowych igrzysk zwyciężali także: Teresa i Marcin Zajuszowie z Andrychowa, Lucjan Habieda, Cezary Krzywicki (Jelenia Góra), Lucyna Cichor (Wadowice), Jan Wydro (Kraków) oraz Misia Przyłuska ze Szczecina.

Zawody w łyżwiarstwie szybkim, wobec rozpuszczenia się toru lodowego w Zakopanem, zostały przeniesione na halę lodową w Nowym Targu. Tam najszybszym łyżwiarzem okazał się nowotarski radiolog Piotr Świst. Ponadto zwyciężali Jarosław Bednarek z Opola oraz Ewa Dyrda z Tychów i Miśka Przyłuska. Misia była zresztą najwszechstronniejszym uczestnikiem Igrzysk i największym łowcą medali (5 złotych!),

potwierdzając, że zwycięstwo w plebiscycie na najlepszego sportowca lekarza 2007 było nieprzypadkowe.

Na nowotarskim lodowisku spotkali się też hokeiści. Lekarska kadra narodowa uległa 4:11 drużynie Podhale Amatorzy, naszpikowanym byłymi zawodowcami nowotarskich Szarotek. Trzy gole w tym meczu dla lekarzy zdobył Piotr Świst. Rozegrano również właściwy turniej hokejowy, gdzie rywalizowały trzyosobowe zespoły lekarskie. Zwyciężył zespół „Polska I”, w składzie Piotr Świst, Adam Dyrda (Tychy) i Dariusz Możdżeń (Bydgoszcz). Drugie miejsce zajął zespół „Opole”, w składzie: Janusz Pichurski, Marek Chowaniec, Jarosław Bednarek. Obecność drużyny z Opola była największą zdobyczą spotkania kadry lekarzy. Opolanie przyjechali pierwszy raz i od razu zademonstrowali znakomite poziom. Finał przegrali 3:2, dopiero po dogrywce i rzutach karnych. Trzecie miejsce w turnieju zajął zespół „Nowy Targ”, w składzie Hubert Wolski, Witold Kalata i Maciej Jachymiak.

W Igrzyskach wystartowało też dużo dzieci i członków lekarskich rodzin. Najliczniej, w 5-osobowym składzie, wystartowała rodzina Szałajków z Bielska-Białej. W składach 4-osobowych stawily się rodziny Obelów (Lublin), Olszewskich (Oława), Szyków (Bielsko-Biała) i Szewczyków (Tomaszów Mazowiecki). Najmłodszym uczestnikiem Igrzysk był Bogdan Olszewski z Oławy, a seniorem Edward Mikołajczyk z Będzina.

Najwięcej medali zdobyli zawodnicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, głównie dzięki licznej reprezentacji z Podhala. Niewiele gorzej wypadli przedstawiciele Izby Beskidzkiej, Warszawskiej i Dolnośląskiej.

Igrzyska podsumowano w nowotarskiej restauracji Góralsko Strawa. Medale wręczali: wiceminister zdrowia Andrzej Włodarczyk, Burmistrz Nowego Targu i Starosta Nowotarski, redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Marek Stankiewicz oraz przewodniczący komisji kultury i sportu NRL Jacek Tętnowski.

Atmosfera podczas Igrzysk była wspaniała, na co wpływ miała pogoda, profesjonalnie przygotowane trasy oraz doświadczeni w prowadzeniu igrzysk sędziowie – z niezastąpionym sędzią głównym Żytomirem Stachem z Zakopanego.

Maciej Jachymiak

Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Cud w Bystrem

Tegoroczna zima w Bieszczadach nie rozpieszczała narciarzy. XI edycja Ogólnopolskich Mistrzostw Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim stała przez cały czas pod dużym znakiem zapytania. Tydzień przed zawodami zima wzięła się w garść, sypnęło śniegiem, przyszedł mróz nawet do -18°C i wreszcie można było włączyć armatki i nasypać wystarczająco dużo śniegu. Niestety, dwa dni później ponownie wróciła wiosna, ale decyzja o przeprowadzeniu zawodów już zapadła.

Mimo braku zimy tej zimy, do Bystrego przyjechało ponad 170 osób z całej Polski. Ostatecznie przyjechali prawie wszyscy, którzy zgłosili się (nawet w ostatnim dniu). Najdłuższą drogę przebył Jacek Sznurkowski z Gdańska, a do Bystrego to aż 760 km. Najlicniejszą grupę tradycyjnie stanowili koledzy ze Śląska. Przyjechał „Najwcześniejszy urodzony” zawodnik Włodzimierz Gajewski z Kielc i „Najpóźniej urodzony” Kasia Kurecka i Kacper Brzęk, rocznik 2000. Gościliśmy również narciarza rodem z Wiednia, kol. Alfreda Lichtenwagnera, który porzucił Alpy dla naszych gór.

Poziom zawodów był bardzo wysoki, o czym świadczą minimalne różnice czasów przejazdów – jedna setna! sekundy między łącznym czasem przejazdu Mariusza Kryja i Andrzeja Tomasika (III i IV miejsce w grupie wiekowej). Mistrzynią Polski została w tym roku **Magdalena Blaszkę** (Śląska IL), która w poprzednich edycjach Mistrzostw jako studentka medycyny zajmowała I miejsca w grupie sympatyków. Tytuł Mistrza Polski 2008 roku zdobył w przepięknym stylu **Przemek Stefanik** (Śląska IL), najszybszy w obu przejazdach.

W klasyfikacji izb lekarskich, deklasując wszystkich rywali, bezapelacyjnie zwyciężyła Śląska Izba Lekarska. O drugie i trzecie miejsce walczyły 3 izby, które zdobyły po 6 pkt. Ostatecznie, zgodnie z liczbą zdobytych miejsc medalowych, na II miejscu uplasowała się drużynowo Beskidzka Izba Lekarska, a na III miejscu gospodarze z OIL Rzeszów.

Wyniki Mistrzostw i zdjęcia na stronie internetowej www.rzeszow.oil.org.pl

Krzysztof Szuber

Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie

Herosi w Sandomierzu

16 lutego, w Sandomierzu, spotkali się herosi sportu lekarskiego, aby rywalizować w najbardziej wszechstronnej i morderczej konkurencji, jaką jest triathlon. Na szczęście spadło ok. 10 cm świeżego śniegu, temperatura spadła do -10°C i na dodatek zaczęło mocno wiać. Na trasie stanęło 13 śmiałków, którzy dotarli do mety skrajnie zmęczeni i wyczerpani.

Wyniki – Kobiety do 35 lat: Agnieszka Bolesta (Warszawa), Anna Jurkiewicz (Dąbrowa Górnicza); **powyżej 35 lat:** Misia Przyłuska (Szczecin). – **Mężczyźni do 35 lat:** Daniel Mazur (Bochnia), Michał Małysza (Lublin), Mariusz Trus (Lublin), Tomasz Spiewak (Tarnów); **36-45 lat:** Krzysztof Matras - najlepszy czas (Lublin), Cezary Krzywicki (Jelenia Góra), Lucjan Habieda (Frydman k. Nowego Targu); **powyżej 45 lat:** Marek Paściak (Bytom), Jacek Łabudzki (Sandomierz), Marcin Zajusz (Andrychów).

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie Istebna 2008

W sobotę 26.04.br. na malowniczych **beskidzkich trasach** zostaną rozegrane zawody duathlonowe o randze mistrzowskiej. Jest to sport, który łączy w sobie dwie popularne dyscypliny wytrzymałościowe: bieg i rower. Nasz dystans to 4 km bieg, następnie 20,4 km rower, na koniec kolejne 4 km bieg – całość rozgrywana w sposób ciągły ze zmianami sprzętu w strefach zmian. Preferowany rower to szosówka o miękkich przełożeniach (podjazdy). **Zapisy, rezerwacja noclegów oraz inne informacje: organizator Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, e-mail: janlewdactor@interia.pl oraz www.mtblekarze.w.pl, www.szosa.eu**

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej

odbędą się w dn. 6-8.06.br. w Niechorzu, w ośrodku wczasowym „Mewa”, ul. Leśna 8, tel./faks 091-386-34-87, tel. 0609-520-780, e-mail: rezerwacja@okmwewa.wczasy.pl. Organizator: Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie i NIL w Warszawie – Maciej Lewandowski, Krzysztof Makuch, Maciej Mroźewski. **Zgłoszenia: Maciej Mroźewski, tel. 091-46-12-251, 0-693-543-211, e-mail: mrozewski@o2.pl, OIL w Szczecinie – Kamila Sikor, tel. 091-48-47-936 wew. 106, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, do 15.05.br. Dodatkowe informacje: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl**

III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie

odbędą się w dn. 20-22.06.br.: 20.06. – Amber Baltic Golf Club, 21.06. – Binowo Park Golf Club. Organizator: Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji OIL w Szczecinie – Maciej Mroźewski, Jerzy Szymczak. **Zgłoszenia: Maciej Mroźewski, tel. 091-46-12-251, 0693-543-211, e-mail: mrozewski@o2.pl, OIL w Szczecinie – Kamila Sikor, tel. 091-48-47-936 wew. 106, e-mail: biuro@oil.szczecin.pl, do 15.06.br. Dodatkowe informacje: www.bip.oil.szczecin.pl lub www.oil.szczecin.pl**

VII Puchar Mazowsza „Medyków” w Strzelectwie Sportowym

Lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia na zawody zapraszają Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątko” przy OIL w Warszawie. Zawody przeprowadzone zostaną w konwencji open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewidywane konkurencje: pistolet standardowy (małokalibrowy), pistolet centralnego zapłonu, karabinek sportowy. Zawody odbędą się w obiekcie strzelnicy sportowej **Klubu Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie 24.05.br. godz. 10.00.** Warunkiem uczestnictwa jest **doznanie zgłoszenia: 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10; tel. 025-691-73-08, 025-792-45-59, 606-120-892; faks 025-691-73-08 lub e-mail: radek97@poczta.fm**; oraz wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości 80 zł. W zawodach można kozystać z broni własnej lub organizatora. Możliwość zakwaterowania przed i po zawodach. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody.

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce – Łomianki 2008

Zawody organizuje OIL w Warszawie w dn. 25-27.04.br. w Łomiankach. Warunkiem udziału jest aktualne Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza lub Lekarza Dentysty. Wstępne potwierdzenie udziału do 10.04.br. na adres e-mail: iziolkowska@oil.org.pl lub krzysztofmakuch@hipokrates.org, lub pisemnie na adres **OIL Warszawa, 02-094 Warszawa, ul. Grójecka 65 A, z dopiskiem „Komisja Sportu” albo faksem: 022-822-12-48.** Warunkiem uczestnictwa jest przesłanie wpisu w wysokości 500 zł od drużyny w terminie do 10.04.br. na konto OIL w Warszawie: Bank Śląski 22 1050 1041 1000 0005 0130 9736. **Informacje: tel. 022-822-36-86 – do Komisji Sportu OIL Warszawa.**



Rubaszność dr Karasiówny

Zygmunt Wiśniewski

Nikomu wcześniej nie znana lekarka dr Z. Karasiówna z Suchej trafiła na początku 1939 r. na łamy poczytnych i opiniotwórczych pism: „Kuriera Warszawskiego”, „Słowa” (wileńskiego), „Wiadomości Literackich”, „Medycyny na co dzień”. Pisali o niej: Melchior Wańkowicz, Jerzy Wyszomirski, Adam Grzymała-Siedlecki.

Stało się to za sprawą jej pamiętnika, pamiętnika lekarki ubezpieczalni społecznej z Suchej. Bada nie pacjentki S. opisała tak:

„Nie wiem, czym się zaziębiła, bo już od trzech miesięcy nie mam swojego czasu. Pewnie dlatego, że przeszedłem przez wodę”.

Przez wodę przechodzą zwykle panny. A po 9 miesiącach jest dziecko. Z wody, nie z czego innego.

Więc pani S. rozbiera się do badania. Zdejmuje jedną spódnicę, drugą, trzecią, czwartą. Wszystkie nosi dla ochrony przed zimnem. Za to majtek nie ma. Nie śpieszy się wcale. Co ją to obchodzi, że 39 chorych czeka. Że czeka dziecko z wysoką gorączką. Że ci, co dojeżdżają, spóźnią się na pociąg i pójść pieszo 20 km z gorączką lub z bólami albo poczekają na stacji do wieczora. Że nie zdążą na dworzec kolejowy ci, których trzeba by może natychmiast do szpitala odesłać.

Pani S. ma brzuch ściśnięty brudną szmatą. To musi być. Żeby się nie „otręśła” albo nie „oberwała”. Mozoli się długo z węzłkami szmaty. Rozwiązała. Spod szmaty wyskoczyła na mnie duża pchła.

Właścicielka pchły siada na stopniu pod krzesłem ginekologicznym.

– Tu do góry mam wyjść – krzyczy – o rety! I tu nogi położyć! Żeby wiedziała, to bym nigdy nie przyszła.

Wyjaśniam jej, że macicy przez gardło badać nie umiem, i układam ją na krześle przemocą, bo broni się jak lew. W tej walce otrzymuję kilka kopniaków. Widzę, że jeszcze naiwna i nieświadoma. Matka 6 dzieci.

Stwierdziłam 3-miesięczną ciążę. Pacjentka ubiera się w tym samym porządku, szmata na brzuch, spódnica, spódnica, spódnica... Przy szóstej otwieram drzwi.

– Jeszcze proszę mi zęba wyrwać – przypomina sobie pani S. – A na te, co

się psują, proszę o kartkę do dentysty. – Aha, byłabym zapomniała, mężowi jakieś proszki na ból głowy. A dziecku, co ma dwa lata, lekarstwa na kaszel, młodsze, co ma pół roku, już mi 2 tygodnie czyści.

– Może pani przyjdzie tu jutro z tymi dziećmi, przecież nie mogę nikogo leczyć bez badania – tłumaczę.

– Gdziebym ta mogła przyjechać – konie zajęte, bo orzą, a na rękach tak z daleka dziecka nie przyniosę. Trzeba iść dobre trzy godziny z Krzeszowa i jeszcze bez takie góry. Więc trudno. Wypytyuję o objawy i przepisuję lekarstwo dla starszego dziecka. Dla młodszego uregulowanie karmienia i pouczenie o karmieniu na przyszłość.

Rozmowa trwa kwadrans. Równocześnie mówię i piszę, żeby matka mogła przeczytać jeszcze raz w domu. I tak wszystko przekreśli. A po drugie, czytać nie bardzo umie.

Pacjentka odchodzi. We drzwiach odwraca się jeszcze. – A może by pani dała coś dla krowy. – Krowa nie należy do Kasy Chorych – odpowiadam spokojnie. Jeszcze mnie szlag nie trafił.

Doktor Karasiównę odkrył Melchior Wańkowicz, literat, najbardziej znany ówczesny reportażysta. Jego teksty o przestępcy-pisarzu Sergiuszu Piaseckim, a także reportaże z placów budowy Centralnego Okręgu Przemysłowego poruszyły polskie sfery inteligenckie, czytające ambitne gazety. Teraz Wańkowicz na łamach niskonakładowych, ale opiniotwórczych „Wiadomości Literackich” promuje narodziny nowego talentu literackiego, „samorodka z Suchej”. Zdążył już nawet poznać ją osobiście.

Widziałem ją niedawno – chuchro ważące pewno z pięćdziesiąt kilo. Byliśmy w teatrze, poszliśmy na kolację – która dla niej składała się z niesłodzonej herbaty i sucharków. Bo sama jest ciężko

chora. Jakże to, owo drobne, nerwowe i schorowane stworzenie rządzi swoim rejonem z wiązki wilgotnych grochówin chłopskiego wózka. Czyż będzie dziwotą, jeśli pocnie zbijać gotówkę; albo urzędować, albo jeśli zostanie w niej sama gorzyc. Ku czemu idzie? Co zostanie z dr Karasiówny, córki dr. Karasia z Suchej za rok, za dwa? Może ona sama nie wie? Może należałoby zawezwać starego Freuda, by wytłumaczył jej i nam jej sens życia i jej marzenia?

Dla Melchiora Wańkowicza wydarzeniem stało się odkrycie talentu literackiego dr Karasiówny, chociaż jej pamiętnik nie powstał wcale na konkurs literacki. Przeciwnie – był to konkurs ogłoszony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na pamiętnik lekarza „ubezpieczeniowego”. Chodziło w nim o poznanie życia i problemów zawodowych lekarzy dawnych kas chorych, pracujących teraz w Ubezpieczalni Społecznej. Ta metoda pozyskiwania materiałów do badań socjologicznych stała się wtedy modna po sukcesie, jaki przyniosły „Pamiętniki chłopów” i „Pamiętniki bezrobotnych”. Na ich podstawie polscy naukowcy stworzyli socjologiczne portrety środowisk robotniczego i chłopskiego. Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych chodziło o podobny portret lekarzy ubezpieczeniowych.

Plon konkursu pewnie dawał taką okazję, ale najpierw zabrakło badaczy, potem wybuchła wojna, a Wańkowicza – jako pisarza – zainteresował przypadek lekarki, która władała piórem jak rzadko kto. A na dodatek – potrafiła pisać językiem tak soczystym i dosadnym, że on sam – sława ówczesnej literatury – by się nie powstydział. A że był doradcą ZUS-u w organizacji tego konkursu i członkiem jury, zadbał o to, żeby pamiętnik Z. Karasiówny otrzymał I nagrodę.

Po przyjęciu dwudziestu kilku ubezpieczonych przestają odbierać wrażenia. Wszystko zlewa się w jednostajny szum wchodzących i wychodzących pacjentów. Wierzę w mój instynkt: kiedy wejdzie ubezpieczony naprawdę chory, obudzę się. Automatycznie zadaje pytania i słucham odpowiedzi, i całym wysiłkiem woli uważam tylko na to, żeby nie spytać mężczyzny, kiedy była ostatnia menstruacja. Ale nie, weszła kobieta. Rozkosznie uśmiechnięta pani W. Zaziębiła się i nie ma swojego czasu. – Na krzesło – mówię jak automat. I nagle przytomność wraca, budzi się zmysł wzroku i węchu, i coś jak przyptyw morza o brzegi uderza o świadomość. To

kropla, która przepełniła dzban. Pytam krótko, lecz ściśle i trafnie: – To pani z taką obes... d... do badania przychodzi? Umyć się i przyjść jutro.

Spojrzenie zdetronizowanej bogini i grom oburzenia padają jednocześnie. – Na tę chorą kasę to tak człowieka traktują! – To samo mówi „Kurier” krakowski. – Widocznie prawda!

Opublikowanie cytowanych urywków pamiętnika dr Karasiówny najpierw przez Wańkowicza w „Wiadomościach Literackich”, a później w formie książkowej wywołało burzę opinii i stanowisk. Odezwali się lekarze, głos zabrali wszystkich wiedzący, jak zawsze, dziennikarze piszący w popularnych gazetach.

„Widocznie prawda” – kończy dr Karasiówna, zapewne ironicznie. A jednak, kto wie, czy po wysłuchaniu takiego monitu z ust lekarza kasy chorych nie powie większość jej pacjentów, że traktowanie tam chorych jest rzeczywiście oburzające.

Wzięty publicysta wileńskiego „Kuriera” J. Wyszomirski, od dawna pisujący krytycznie o ubezpieczeniowej służbie zdrowia, nie kryje swojego oburzenia.

Muszę bez ceremonii nazwać doktora Karasiównę brutalem, i oświadczyć, że: po pierwsze, nie leczyłbym się nigdy u niej; po drugie, gdyby się tak fatalnie dla mnie złożyło, że byłaby moim lekarzem rejonowym, odmalowałbym ją w gazecie tak, żeby jej w pięty poszło. Dr Karasiówna nie dorosła duchowo do godności lekarza, i nie tylko nie przyznaje jej słuszności w zatargu z panią W., lecz potępiam najsurowiej, i nie wahaając się stwierdzam, że dr Karasiówna oddaje najgorszą przysługę ubezpieczalniom społecznym, podważa ich powagę, działa na ich szkodę i dyskredytuje je w oczach społeczeństwa.

W oburzeniu tym i obronie ubezpieczalni dziennikarz „Kuriera” zapomnił chyba, że to właśnie w imieniu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jury, w którym obok Wańkowicza zasiadali także sławni lekarze, np. gen. dr S. Roupert, prof. dr F. Czubalski, nagrodiło tekst lekarski z Suchej I nagrodą. Wyszomirski nie ma wątpliwości, że Karasiównę należy potępić.

Czyżby dr Karasiówna, maltretująca swych chorych brutalnością (tymczasem słowną) należała do niebezpiecznych lekarzy? Czyżby – i tu nasuwa się niepokojące pytanie psychologiczne – szczytny zawód lekarza doprowadzał go w koń-

dokończenie na str. 38



Witraże apteczne: Asklepios i Hygieja, przełom XIX/XX w.



POŻYCZKA

Mieszkanie w kolorach

TYLKO 8,9%

BEZ PORĘCZYCIELI

BEZ HIPOTEKI – DO 80 000 PLN

Przykładowa kwota pożyczki	60 miesięcy Rata	48 miesięcy Rata	36 miesięcy Rata
30 000	621,26	745,06	952,51
50 000	1 035,44	1 241,76	1 587,51
80 000	1 656,70	1 966,82	2 540,02

OPROCENTOWANIE 8,9%

PROWIZJA 3,6% – 4,6%

POŻYCZKA PREMIUM

BEZ ZBĘDNYCH FORMALNOŚCI - do 80 000 PLN

Przykładowa kwota pożyczki	36 miesięcy Rata	24 miesięcy Rata	12 miesięcy Rata
10 000	329,72	468,35	886,04
30 000	989,16	1 405,04	2 658,12

OPROCENTOWANIE 11,6%

PROWIZJA 2% – 4%

POŻYCZKA „MINI”

SZYBKA SPŁATA MAŁYCH RAT – DO 5 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	24 miesiące Rata	12 miesięcy Rata	6 miesięcy Rata
1000	46,09	87,86	171,47
3000	138,28	263,58	514,40
5000	230,47	439,30	857,34

OPROCENTOWANIE 9,9%

PROWIZJA 2,9%

POŻYCZKA ŻŁOTA

DLA SOLIDNYCH KREDYTOBIORCÓW DO 20 000 PLN

Kwota pożyczki w PLN	36 miesięcy Rata	24 miesięcy Rata	12 miesięcy Rata
10 000	322,17	460,94	878,60
20 000	644,34	931,88	1 757,20

OPROCENTOWANIE 9,9%

PROWIZJA 2%

PAKIET MERITUM

Pożyczka do 20 000 PLN

+

OC gratis do 200 000 PLN

najlepsze ubezpieczenie dla lekarzy na rynku

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK

www.skokil.pl

infolinia: 0 801 88 88 11

tel. 0 22 331 66 07, fax. 0 22 331 66 06

Rubaszność dr Karasiówny

dokończenie ze str. 37

cu do wynaturzeń i zбочeń, do sadyzmu w tej czy innej postaci?

Lekarka, dr J. Brossowa z Poznania, mająca podobne do Karasiówny doświadczenia w leczeniu ubezpieczeniowym, napisała w „Medycynie na co dzień”:

Odczuwam przede wszystkim współczucie – nie dla jej pacjentów, jak J. Wyszomirski – tylko dla niej samej. Z jej pamiętnika wynika, że jest biedaczka nerwowo zupełnie wyczerpana i nie-ludzko przepracowana. Wiejska praktyka przekracza jej siły. Stąd wynika jej ustawiczne rozdrażnienie. Znamy to wszyscy, którzy pracujemy w praktykach masowych. Z własnego doświadczenia wiem, że przemęczenie i rozdrażnienie prowadzą zawsze do starć z chorymi. Lekarz wypoczęty, spokojny, uprzejmy działa kojąco na chorych zdenerwowanych czekaniem, zgryźliwych, zmęczonych własną pracą, troskami i chorobą. Że trudno czasem w warunkach obecnych zapanować nad własnym zmęczeniem i rozdrażnieniem, przyzna każdy. A jednak trzeba. Im grzeczniej rozmawia się z chorym, tym grzeczniejszy się staje. To nie jest frazes – wypróbowałam to podczas 9 lat praktyki w Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu i przepis jest niezawodny. Używając języka rabalaisowskiego, który może bawić literata, zniża się autorka pamiętnika do poziomu swych chorych w sposób niewłaściwy i to ją gubi. Tu chodzi o brak siły na spełnienie nadmiernej dla kol. Karasiówny pracy. Brak potem oczywiście siły na zniesienie widoku nieszczęścia.

Krytyczne, ale bez publicystycznych emocji podszedł do pamiętnika Z. Karasiówny inny lekarz, dr W. J. Ślusar z Poznania. Zainteresowały go sprawy ogólniejsze niż tylko obyczaj i język autorski pamiętnika.

Wszyscy autorzy „Pamiętników” stwierdzają, że pacjenci odnoszą się bez zaufania do lekarzy kasowych. Sami autorzy odnoszą się bez zaufania do swoich pacjentów. Podejrzewają ich o chęć nadużywania świadczeń, o symulację, agravację, histerię i Bóg wie co jeszcze. Jeden z autorów obliczył nawet ilość agravantów na przeszło 60%. Pacjenci pobierają lekarstwa po to, żeby nimi handlować, lub żeby je wyrzucać na śmietnik. Ci znowu pacjenci, którzy nie są

agrawantami, są przeważnie symulantami. To jest pewne nastawienie do pacjenta. Ale co to ma wspólnego z medycyną?

Dyskusja nad pamiętnikiem dr Z. Karasiówny, a szerzej – nad sytuacją lekarzy kas chorych przedstawioną w „Pamiętnikach lekarzy” zaczęła się na początku 1939 r. Nie zdążyli w niej wypowiedzieć się ludzie o przygotowaniu socjologicznym, którzy analizowali wcześniej pamiętniki robotników, chłopów i bezrobotnych. Ich wnioski byłyby pewnie bardziej inspirujące niż publicystyczne pisanie dla przypodobania się rozczarowanym pacjentom.

Łatwe i pozbawione zawilości opinie upowszechniała wtedy prasa codzienna. Dziennikarze wiedzieli, jakie jest zapotrzebowanie czytelników, i utwierdzali ich w przekonaniu o własnej mądrości. Takie wnioski wyciągnął też z lektury pamiętnika Karasiówny cytowany już Wyszomirski.

Każdy z nas zgodzi się z tym, że praca przy chorym jest jedną z najcięższych, że wymaga wielkiego trudu, poświęcenia się i samozaparcia. Ale lekarze wiedzą przecie, co ich czeka. Lekarze powinni wybierać swój zawód z powołania, powinni iść za głosem serca i sumienia, jak średnio-wieczni bracia szpitalni, jak misjonarze wśród trędowatych, jak szarytki, pełniące swój ciężki obowiązek w imię Boga i miłości bliźniego. Warunki pracy lekarzy bywają częstokroć okropne, a jednak usprawiedliwia ich to tylko w małym stopniu, albowiem przeznaczeni są do służby samarytańskiej.

Tak interpretowano pamiętnik lekarski z Suchej i tak pisano o problemach pracy lekarza ubezpieczeniowego w prasie polskiej w 1939 r., a więc prawie 70 lat temu.

Pisanie o historii nie powinno być szkaniem łatwych analogii.

Zygmunt Wiśniewski

PS Na ekranach naszych kin obejrzeć było można film w reż. Doroty Kędzierskiej „Pora umierać”, powstały niedawno, bo w 2006 r. Bohaterką, kobietę w podeszłym wieku, znakomicie zagrana przez Danutę Sza arską, poznajemy w pierwszej scenie w przychodni. Wchodzi do gabinetu lekarskiego. Pochylona nad papierami lekarka, nie podnosząc oczu, mówi: – Niech się rozbiera! Sza arska, zaskoczona, stoi wyczekująco. Lekarka ciągle patrzy w papiery. W końcu niedoszła pacjentka odpowiada: – Niech mnie pocałuje w dupę! – i wychodzi.

Historie stomatologiczne (9)

Demonstracja stomatologów

9 marca 1937 r. „Ilustrowany Kurier Codzienny”, poczytny dziennik warszawski informował: *W ubiegłą niedzielę miała się odbyć w auli Uniwersytetu Warszawskiego uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Akademii Stomatologicznej. Jak wiadomo, ostatnio w uczelni tej miały miejsce wystąpienia demonstracyjne, skierowane przeciwko cofnięciu przez władze ministerialne nadawanego od trzech lat tytułu „Lekarza stomatologa” i ustalenia dla absolwentów akademii tytułu „Lekarza dentysty”. Studenci zdecydowali w sobotę, że dyplomów nie przyjmą. Ponieważ jednak władze uczelni rozesłały na niedzielę zaproszenia na uroczystość wręczenia dyplomów, sprawa nabrała specyficznego charakteru.*

Czytelnikom, którzy nie śledzili poprzednich odcinków „Historii stomatologicznych”, należy się krótka informacja. Od 1920 r. istnieje w Warszawie Akademia Dentystryczna. W Akademii kształcą się lekarzy dentystów. Absolwenci nie mają uprawnień lekarskich. Środowisko lekarzy dentystów zabiega przez wiele lat o zrównanie studiów dentystrycznych z medycznymi. Władza odpowiada półśrodkami. Półśrodkiem jest utworzenie w 1933 r. Akademii Stomatologicznej, która nie ma uprawnień uniwersyteckich. Pierwsze rocz-

niki Akademii otrzymują dyplomy lekarzy stomatologów. W 1937 r. następuje zmiana decyzji ministerialnej. Przywrócono dawny dyplom lekarza dentysty. Absolwenci poczuli się oszukani, odmówili przyjęcia dyplomów.

Jaki był status zawodowy i naukowy lekarzy zajmujących się leczeniem zębów w ostatnich latach II Rzeczypospolitej?

Najkrócej odpowiadając na to pytanie – należy stwierdzić, że władza nie miała koncepcji. Przez całe dwudziestolecie międzywojenne wlokła się za kształceniem lekarzy dentyстів spuścizna rosyjska, w której lekarzy dentyстів kształcono na poziomie gubernialnym. Miało się to nijak do potrzeb pacjentów i do doświadczeń europejskich. Państwowy Instytut Dentystryczny, powołany w 1920 r. miał w założeniu ministerialnym (istniało jeszcze Ministerstwo Zdrowia, a powstaniu PID patronował minister Tomasz Janiszewski) przez okres przejściowy wyrównać braki ilościowe lekarzy dentyстів i przygotować kadry wykładowców. Nauczyciele akademicy z PID zdobywali stopnie naukowe w katedrach stomatologicznych uniwersytetów. Siegali co najwyżej stopni docentów, ponieważ tytuły profesorskie zarezerwowane były dla wykładowców uniwersyteckich. W ten sztuczny sposób uczelnia dentystryczna, nie mająca uprawnień aka-

demickich, nie miała własnych profesorów. Ci pracowali na uniwersytetach, ale ponieważ stomatologię uniwersytecką studiowało niewielu studentów, nie było potrzeby rozwijania tych katedr. Na Uniwersytetach w Warszawie, Lwowie i w Krakowie zredukowano nawet liczbę asystentów do 1-2 przy katedrze. W tych warunkach polskie uniwersytety nie mogły przygotować kadr naukowych, a PID nie miał odpowiednich uprawnień. Kółko się zamykało.

Demonstracyjna odmowa przez absolwentów przyjęcia dyplomów „lekarza dentysty”, zamiast obiecanego „lekarza stomatologa”, przypieczętowała pasmo nieporozumień wokół Akademii Stomatologicznej. Pierwszy rocznik 1933/1934 prowadzony według rozszerzonego programu czuł się chyba w miarę bezpiecznie, bo prasa nie odnotowywała niepoko- jów. Sprawcą nowego (kolejnego) zamieszania jest Związek Lekarzy Państwa Polskiego, a więc organizacja zawodowa lekarzy, którzy w maju 1935 r. na swym walnym zgromadzeniu zażądali likwidacji Akademii Stomatologicznej.

Władza, podobnie jak wiele razy wcześniej, nie była przygotowana do likwidacji prowizorki. Determinacji zabrakło w 1933 r., kiedy powołano Akademię, ale nie wpuszczono jej w mury Uniwersytetu Warszawskiego. Skoro jednak uczelnia miała się odtąd nazywać Akademią Stomatologiczną – to logiczne było, że kształciła stomatologów, a dyplomy powinny opiewać na „lekarzy stomatologów”. Była to jednak fikcja, ponieważ żaden autorytet profesorsko-universytecki, a było ich wiele, z prof. Antonim Cieszyńskim ze Lwowa na czele, nie ustępował i nie

dokończenie na str. 41



DBAMY O TWÓJ SPOKÓJ

Oferuje lekarzom korzystne ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu.

Rekomendowane przez nas produkty zostały wynegocjowane z wiodącymi na rynku ubezpieczycielami.

Proponujemy ubezpieczenie OC lekarza z roczną składką

TYLKO 200 ZŁ

Dla lekarzy posiadających OC lekarza możliwe są także dodatkowe zniżki przy ubezpieczeniu mieszkania, samochodu i gabinetu

Wszelkich informacji oraz pomocy udzieli Państwu nasi pracownicy

Możliwy jest kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem e-mail.

MEDBROKER Sp. z o.o.

ul. Grójecka 65A

02-094 Warszawa,

tel/fax (022) 824 02 48,

(022) 824 02 48

e-mail: biuro@medbroker.pl

Zapraszamy również na naszą stronę internetową

* w związku ze zmianą Kodeksu Cywilnego składka może ulec zmianie

www.medbroker.pl

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM w Warszawie, rok 1958 (studujący w latach 1953-58)

Zjazd koleżeński z okazji 50 rocznicy absolutorium, **7.06.br.** Zgłoszenia uczestnictwa pod adresem: **Halina Bartoszewicz-Więckowska, ul. Prosta 2/14 m. 78, 00-850 Warszawa, tel. 022-624-01-40, 0501-929-918; Michał Parys, ul. Zbójnogórska 38, 04-802 Warszawa, tel. 022-615-73-61, 0603-452-458.** Koszt 130 zł. Wpłata przekazem pocztowym na ww. adresy lub osobiście u ww. osób, do 15.04.br.

Wydział Lekarski AM w Poznaniu (studujący w l. 1952-58)

Koleżanki i Koledzy! Komitet organizacyjny obchodów 50-lecia dyplomatorium prosi o nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa, wypełnionych ankiet oraz zdjęć do 15.05.br., na adres: **dr med. A. Kierzkowska – Przychodnia Specj. „Celsus”, ul. Unii Lubelskiej 1, 61-249 Poznań, z dopiskiem „Zjazd”**, oraz dokonanie wpłaty 250 zł (na koszty organizacyjne i spotkanie towarzyskie), na adres: Dziekanat Wydziału Lekarskiego I (pani Kolanta Miśkiewicz) UM, ul. Fredry 10, pokój 019, 61-701 Poznań. Uroczystości odbędą się **25.10.br. w Auli Uniwersytetu im. A. Mickiewicza** (szczegóły w późniejszej korespondencji).

Wydział Lekarski AM w Lublinie, studia w l. 1952-58

Z okazji 50 rocznicy uzyskania absolutorium spotkanie koleżeńskie w **Lublinie 27.09.br.** Zgłoszenie udziału do 31.05.br. *Kontakt i informacje: Jerzy Kalasiewicz, Lekarska Przychodnia Specjalistyczna TRR 20-861 Lublin, ul Szwajcarska 7, tel. 081-741-43-30 pon., śr., pt. w godz. 10.00-12.00; Barbara Modrzewska, 20-060 Lublin, Ray-skiego 4/14, tel. 081-533-06-51 wt., czw. w godz. 18.00-20.30.*

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl

SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIAJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEŹDZIE.

REKLAMA

REKLAMA

AM w Warszawie, rocznik 1952-58

W nawiązaniu do przyjętych ustaleń potwierdzamy, że uroczystość wręczenia dyplomów 50-lecia ukończenia studiów lekarskich w AM w Warszawie (rocznik 1952-58) odbędzie się **24.05.br. o godz. 11.00 w Sali Senackiej AM przy ul. Żwirki i Wigury 61.** Przewidywany łączny koszt uczestnictwa 130 zł, W tym: koszty organizacyjne 50 zł, obiad koleżeński 80 zł. Potwierdzeniem uczestnictwa w wybranej części uroczystości jest wpłata odpowiedniej kwoty na konto: Stow. Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji Bank P.K.O S.A. nr 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238. Komitet Organizacyjny. *Adres do korespondencji: Mieczysław Szostek, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej AM, 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1, tel. 022-599-25-64, faks 022-599-15-64, e-mail: szostekm@amwaw.edu.pl*

Oddział Stomatologii Wydziału Lekarskiego UM w Poznaniu z roku 1958

Uwaga! Absolwenci Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z roku 1958, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystości odnowienia dyplomu lekarza dentystry po 50 latach pracy zawodowej, proszeni są o nadesłanie w nieprzekraczalnym terminie **do 31.05.br.** zgłoszenia (imiona, nazwisko – w przypadku kobiet również nazwisko panieńskie, data i miejsce urodzenia oraz kserokopia dyplomu) *na adres: Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego Dziekanat Oddziału Stomatologii Collegium Stomatologicum, ul. Bukowska 70 (II piętro D-2), 60-812 Poznań, tel./faks 061-8547-135.*

Absolwenci AM w Lublinie, rocznik 1978

Spotkanie koleżeńskie po 30 latach od uzyskania dyplomu, **20.06.br. w Zespole Pałacowo-Parkowym w Wierchowiskach k. Lublina.** Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej 250 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 AM w Warszawie, rok 1978

Koleżanki i Koledzy, Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM z 1978 r. W dn. **20-22.06.br.**, 30 lat po ukończeniu studiów, organizujemy w **Starych Jabłonkach k. Ostródy** spotkanie koleżeńskie „Kochajmy się”. *Szczegółowe informacje oraz zapisy: www.absolventus.pl*

Absolwenci AM Kraków, rocznik 1983

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”. Wpłaty 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!*

PAM w Szczecinie, rocznik 1983

Zjazd koleżeński z okazji 25 rocznicy absolutorium rocznika 1983 PAM odbędzie się w dn. **3-5.10.br.** Wszystkich zainteresowanych prosimy o zgłaszanie uczestnictwa do: **Pawła Gonerk, ul. Jasna 105/29, 70-777 Szczecin, e-mail: pawgon@poczta.onet.pl lub Tomasza Grodzkiego, ul. Hubalczyków 37, 70-776 Szczecin, e-mail: grodzki@grodzki.szczecin.pl.** Aktualne informacje na stronie **www.szpitalzdunowo.pl** w zakładce „aktualności”.

opr. (u)

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

Demonstracja stomatologów

dokończenie ze str. 39

mógł ustąpić od twierdzeń pryncypialnych. Studia stomatologiczne miały już w polskiej nomenklaturze uniwersyteckiej swoje miejsce: były specjalnością z dentystryki i stomatologii przeznaczoną dla absolwentów medycznych studiów ogólnych. Na studia te trafiało bardzo niewiele osób i nie mogły one stanowić przeciwwagi dla masowych studiów w Państwowym Instytucie Dentystycznym, a później w Akademii Stomatologicznej.

Bałagan, za który ewidentną winę ponosiło ministerstwo, trzeba było jakoś zagadać. Wymyślono nawet slogan na określenie odgrzewanej debaty o wystarczalności studiów dentystrycznych i o wysokich wymaganiach dla chcących specjalizować się w lekarskiej specjalności stomatologicznej. Antoni Cieszyński nazwał swoje rozważania na ten temat „Walką o formę, a nie o treść w studiach stomatologicznych”. Do wcześniejszych wysokich wymagań z medycyny ogólnej, którym studenci Akademii Stomatologicznej nie mogli dorównać, dodał argument, który znalazł się na podorędziu. Argumentem tym było bezrobocie wśród lekarzy. Tych, dla których brakowało zatrudnienia – proponował

wysłać na przymusowe studia podyplomowe ze stomatologii. Nie pytał, kto miał za to zapłacić. Studia były kosztowne, bo pochłaniały drogie materiały. Absolwenci natomiast, którzy poprzestawali na bezrobociu, należeli do najuboższych w kręgach polskiej służby zdrowia.

Polski system opieki lekarskiej, ten wyrosły z kas chorych, teraz pośpiesznie reformowany przez wprowadzenie Ubezpieczalni Społecznej, a następnie systemu „lekarza domowego” był źle zarządzany i niedoinwestowany. Wokół Polski narastała groźba agresji, a służba zdrowia raziła na każdym kroku sprawami nie rozwiązanymi. Lekarze dentyści ze swoimi problemami znaleźli się na szarym końcu, bo też ich rola na polu walki jest znacznie mniejsza od chirurgów i organizatorów zaplecza służb sanitarnych.

Mściło się jeszcze jedno zaniechanie środowiska lekarzy dentyistów. Rozdrobnionym organizacjom i stowarzyszeniom brakowało jednej zreszających wszystkich organiza-

Z.W.

Przepraszamy

Słynny cytat z „*Metamorfóz*” Owidiusza, który miał pojawić się w nagłówku artykułu „Na początku był wiek złoty czyli o wolnym zawodzie lekarza” Zygmunta Wiśniewskiego („Gazeta Lekarska” nr 3/2008) przybrał formę *Aurea prima satas etasque vindice nullo...* Dla przypomnienia dwa pierwsze zdania tego utworu: ***Aurea prima sata est aetas, quae vindice nullo, sponte sua, sine lege fidei rectumque colebat. Poena metusque aberant, nec verba minantia fixo aere legebantur, nec supplex turba timebat iudicis ora sui, sed erant sine vindice tuti.*** redakcja

Rocznik 1952-57 wznowił dyplomy na AM w Warszawie

19.10.2007 r. odbyła się uroczystość wznowienia dyplomów lekarzy dentyistów – absolwentów Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii AM w Warszawie z rocznika 1952-57. Organizatorami jubileuszu 50-lecia ukończenia studiów byli JM rektor AM prof. Leszek Pączek, dziekan I Wydziału Lekarskiego prof. Marek Krawczyk i prodziekan stomatologii

prof. Renata Górka. JM rektor prof. Jerzy Stelmachów wręczył trzydziestu dziewięciorgu Jubilatów dyplomy honorowe „W uznaniu zasług dla polskiej medycyny”. Chór AM odśpiewał Gaude Mater Polonia, a na zakończenie Gaudeamus Igitur. Uroczystość uświetnił występ Kwartetu Feroce Zespołu Szkół Muzycznych im. Fryderyka Chopina w Warszawie.



Władze Uczelni oraz Jubilaci w Sali Posiedzeń Senatu AM przy ul. Żwirki i Wigury. (fot. Michał Teperek)

Polskie Towarzystwo **Diabetologiczne**, Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Konsultant Krajowy ds. **Medycyny Rodzinnej** zapraszają na cykl warsztatów-kursów medycznych organizowanych w ramach programu edukacyjnego dla lekarzy rodzinnych „**Zrozumieć cukrzycę**”

- **2.04.** Knurów, Dom Kultury w Knurowie, ul. Górnicza 1
- **3.04.** Nowy Targ, Hotel Góralski Raj, os. Szufłów
- **14.04.** Gniezno, Hotel Pietrak, ul. Chrobrego 2
- **15.04.** Inowrocław, Hotel Park, ul. Świętokrzyska 107
- **16.04.** Włocławek, Hotel Aleksander, ul. Szpitalna 23
- **17.04.** Kutno, Hotel Awis, ul. Łęczycka 8
- **22.04.** Kłodzko, Hotel Metro, Boguszyn 79 B
- **23.04.** Wałbrzych, Hotel Maria, ul. Wrocławska 134 B
- **24.04.** Opole, Hotel Mercure Opole, ul. Krakowska 57-59
- **29.04.** Tarnów, Hotel Tarnovia, ul. Kościuszki 10

3 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: www.zrozumiiecukrzyce.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**, kursy:

- **4-6.04.** Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym. 6 pkt. do certyfikatu PTU.
- **11-12.04.** Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej
- **11.04., 12.04.** Echokardiografia płodowa – warsztaty
- **25-27.04.** Ultrasonografia w urologii
- **9-11.05.** Echokardiografia w kardiologii. 6 pkt. do cert. PTU.
- **16-18.05.** Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka. 30 pkt. do cert. PTG.
- **30.05.-1.06.** Echokardiografia płodowa – kurs do Dyplomu Skrinowego Badania Serca Płodu. 6 pkt. do cert. PTU.
- **27-29.06.** Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii. 30 pkt. do cert. PTG.
- **4-6.07.** Ultrasonografia jamy brzusznej w aspekcie klinicznym. 6 pkt. do cert. PTU.
- **7-8.11.** Echokardiografia i kardiologia płodu – kurs dla zaawansowanych. 6 pkt. do cert. PTU.

Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**, praktyczne kursy ultrasonograficzne, podstawowe i doskonalące:

- **10-13.04.** Ultrasonografia w pediatrii (w tym badanie przeziemiączkowe)
- **11-13.04.** Narządy powierzchowne szyi: tarczycza, ślinianki, węzły, krtań
- **18-20.04.** Ultrasonografia dopplerowska kończyn górnych, dolnych, aorta brzuszna – doskonalący
- **24-27.04.** Ultrasonografia gruczołu piersiowego
- **8-11.05.** Echokardiografia
- **15-18.05.** Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)
- **16-18.05.** Gruczoł piersiowy – doskonalący
- **5-8.06.** Ultrasonografia jamy brzusznej
- **6-8.06.** Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD) – doskonalący
- **12-15.06.** Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych

Prawo do pkt. edukac. OIL. Nr konta: 26 1090 1346 0000 0001 0852 9738. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel. 061-657-94-63, faks 061-657-94-72, tel. kom. 0603-762-0-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Instytut **Dermatologii** w Krakowie, kursy prakt. w 2008 i 2009 r.:

- **12.04.** *Techniki immunoenzymatyczne ELISA i ELISPOT*, 2. Edycja. Jednodniowy intensywny kurs z przewagą ćwiczeń praktycznych. Skierowany gł. do osób rozpoczynających karierę w badaniach naukowych, chcących poznać techniki laboratoryjne
- **27.09.** *Testy płatkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji*, 7. Edycja.
- **15.11.** *ELISPOT i hodowle komórkowe, nowość*.

Organizator: Instytut Dermatologii i laboratorium Celimun w Krakowie. Informacje i zgłoszenia: <http://www.medukacja.biz>

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt, kursy i szkolenia:

- **19-20.04.** Katowice. *Neuroradiologia*.
- **10-11.05.** Katowice. *Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego – diagnostyka ultrasonograficzna i leczenie*
- **31.05-1.06.** Ustroń. *Warsztaty osteoporotyczne*

Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks 032-251-22-64

- **24.04.** Kielce, Hotel Kongresowy, Al. Solidarności 34. Konferencja Oddz. Świętokrzyskiego PT **Diabetologicznego**. 3 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO@evmaco.pl, www.konfkielceptd.evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92

- **8-10.05.** Katowice, Hotel QUBUS. Katedra i Klin. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Wydz. Lek. w Katowicach ŚIUM, pod auspicjami PT Ortopedycznego i Traumatologicznego, w ramach **Dekady Kości i Stawów**, zaprasza na Międzynarodowe Sympozjum: **Koksartroza IV**. Zgłoszenia: Górnośląskie Centrum Medyczne, SP 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.

- **12-14.05.** Warszawa. Polskie Towarzystwo Medycyny **Ubezpieczeniowej**, pod patronatem Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej, organizuje 3 Konferencję Naukową **Insurance & Medical Challenges in New Europe CEECLAM** Komitetu Medycyny Ubezpieczeń Życiowych i Zdrowotnych Krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Tematem będą *zagadnienia dotyczące medycyny ubezpieczeniowej w aspekcie oceny ryzyka medycznego oraz niezdolności do pracy*. Wykładowcy z renomowanych europejskich towarzystw ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych. 14.05. przewidujemy sympozjum poświęcone zagadnieniom ubezpieczeń zdrowotnych na polskim rynku, przeznaczone dla krajowych uczestników, w języku polskim. Pkt. edukac. Szczegółowy program na stronie internetowej www.ptmu.org.pl. Zgłoszenia: Sekretariat Konferencji: Agata Szwec Biuro Medycznej Obsługi Ubezpieczeń, PZU S.A., 00-133 Warszawa, Al. Jana Pawła II 24, tel. 022-582-35-32 faks 022-582-34-15, 0603-408-231; Barbara Perzyńska, tel. 0607-142-457, e-mail: ceeclam_warsaw@ptmu.org.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (rok zał. 1993), kursy:

- **13-16.05., 24-27.06.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- **2-4.06.** *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- **2-6.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy.

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl/>

- **26-30.05.** 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

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED, kursy:

- **30-31.05., 21-22.11.** *Badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych* – kurs podstawowy, (TCD) dla początkujących neurologów, którzy chcą od podstaw nauczyć się badania dopplerowskiego tętnic domózgowych oraz tętnic na podstawie mózgu za pomocą spektralnego badania dopplerowskiego („ślepego Dopplera”).
- **16-17.06., 28-29.11.** *Przeznaczaszkowe badanie dupleksowe* – kurs podstawowy, (TCCD) dla lekarzy, którzy mają podstawowe doświadczenie w badaniach dupleksowych tętnic zewnątrzczaszkowych lub w badaniach za pomocą przeznaczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej i chcą od podstaw nauczyć się przeznaczaszkowego badania dupleksowego tętnic mózgowych. Celem kursu jest nauczanie praktycznych podstaw badania TCCD, protokołu badania i samodzielnego wykonywania badań.
- **5-6.12.** *Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych* (TCD) – kurs doskonalący, dla lekarzy (głównie neurologów i radiologów), którzy przeprowadzili samodzielnie ponad 100 badań TCD, chcą udoskonalić swoje umiejętności badania i interpretacji oraz poszerzyć swoją wiedzę o trudniejsze sytuacje kliniczne. Uczestnicy mogą przywieźć wydruki przeprowadzonych przez siebie badań, które przysporzyły im szczególnych trudności interpretacyjnych. Będą one wspólnie omawiane.

Wykładowcy: pracownicy Pracowni Neurosonologii Kliniki Neurologii AM w Lublinie. Patronat Sekcji Neurosonologii PTN. 14 pkt. edukac. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl. Zgłoszenia: SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: neurosonologia@skolamed.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 udziału 100 zł. Zgłoszenia: e-mail: fizpat@igichp.edu.pl, tel. 02243-12-223 lub na adres pocztowy Zakład Fizjopatologii Oddychania, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa.

- **19-20.06.** Warszawa. Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpracy z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kolejną edycję kursu medycznego z warsztatami „**Podstawowe zasady prowadzenia badań klinicznych dla badaczy**”. Kurs przeznaczony dla lekarzy i innych członków zespołów prowadzących badania kliniczne leków faz I-IV. Informacje: Dział Szkoleń OINpharma, tel. 022-578-00-03, 578-00-05, faks 022-632-25-82, e-mail: szkolenia@oinpharma.pl

- **21.06.** Ciechocinek. Zakład Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej UM w Łodzi oraz Włocławskie Stow. Lekarzy Stomatologów organizuje, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, kurs: **Licówki porcelanowe czy kompozytowe? (materiały i metody pracy a estetyka i trwałość rekonstrukcji)**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054- 231-51-57, 054-231-04-16.

- **3-4.10.** Kraków. Wydział Nauk o Zdrowiu i Wydz. Lek. CM UJ we współpracy z wyd. Wolters Kluwer organizuje konf.: **Bioetyka w zawodzie lekarza**, dla humanistów i lekarzy zainteresowanych praktycznymi kwestiami etyki lekarskiej i etyki zdrowia publicznego. Tematy: – *Prawa pacjenta – prawa lekarza; etyczne aspekty*

relacji terapeutycznej; – Postępowanie z chorymi w stanach terminalnych (decyzje medyczne u kresu życia); – Medyczne środki nadzwyczajne; – Niepodejmowanie terapii; – Etyczne aspekty technik sztucznego zapłodnienia oraz status embrionu; – Ustalanie pierwszeństwa w dostępie do świadczeń; – Etyczne aspekty eksperymentów medycznych; – Sprawiedliwy dostęp do świadczeń zdrowotnych (etyczny wymiar systemu ochrony zdrowia). Koszt udziału: 220 zł (z nocł.), 100 zł (bez nocł. – osoby zatrudnione) lub 60 zł (bez nocł. – studenci), płatne na konto: CM UJ, PKO SA, 58 1060 0076 000032 0000 468656, z dop. w nawiasie: 2000043 lub: „Bioetyka w zawodzie lekarza”, do 15.09.br. Pełna opłata obejmuje udział w konf., nocleg w pok. 1 os. oraz 3 posiłki; opłaty zmniejszone obejmują udział w konf. i 2 posiłki. Czynny udział: oczekujemy propozycji 20-minutowych wystąpień poświęconych konkretnym zagadnieniom bioetycznym, w kontekście praktyki zawodu lekarza i rzeczywistości klinicznej. Zgłoszenie referatu do końca kwietnia. Abstrakt na ok. 1000 znaków należy przesłać pod adresem: jan.hartman@uj.edu.pl. Prosimy dołączyć dane adresowe, informację o miejscu pracy (uczelnia, szpital) oraz informację, czy życzą sobie Państwo rezerwacji noclegu. Bierny udział: Wystarczy zadzwonić do Zakładu Filozofii i Bioetyki CM UJ (tel. 693-220-122) lub przesłać na ww. adres e-mailowy zgłoszenie zawierające imię, nazwisko, stopień (tytuł) naukowy, afiliację (uczelnię, szpital), adres e-mail, nr tel. oraz informację, czy życzą sobie Państwo rezerwacji noclegu. Stypendium: Przewiduje się nieodpłatny udział w konferencji dla 5 doktorantów (lub lekarzy pracujących nad doktoratem), których referaty zostaną włączone do programu. Należy zaznaczyć w zgłoszeniu zainteresowanie nieodpłatnym udziałem w konferencji. Liczba uczestników z referatami – 50, całkowita liczba uczestników – do 100 osób. Bardzo prosimy o jak najwcześniejsze zgłoszenia.

- **25-26.09.2009 r.** Międzynar. Konf. i Kurs Diagnostyki Fotoalergii „**Photoallergy Meeting & Photopatch Test Course**”. Org.: Instytut Dermatologii w Krakowie. Wykł.: prof. James Ferguson (Dundee), dr Alastair Kerr (Dundee), prof. Cezary Kowalewski (Warszawa), prof. Percy Lehmann (Wuppertal), doc. Joanna Narbutt (Łódź), doc. Radosław Śpiewak (Kraków). Konf. i kurs w j. ang. Informacje i zgłoszenia: <http://www.photopatch.eu>

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii** Gemelli S.C., ul. Leśna 18, 12-200 Pisz. Informacje i zapisy: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl

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

Uwaga! Termin Lubelskich Dni **Implantologicznych** w Nałęczowie został przeniesiony z przyczyn niezależnych od Organizatora z dn. 4-6.04.2008 r. na **27-29.03.2009 r.** Pozostałe informacje w komunikacie pozostają niezmienione.

Podyplomowe Studium Filozofii Praktycznej, działające w ramach Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, we współpracy z Uniwersytetem Paris-Est w Paryżu, prowadzi rekrutację na nowo utworzoną specjalność: **Etyka Lekarska i Opieka Medyczna** (ELiOM). Studia adresowane są do lekarzy i personelu medycznego. Prowadzone są w systemie zaocznym podczas weekendowych zjazdów. Informacji i zgłoszenia: Magdalena Frątczak, e-mail: m.fratczak@uksw.edu.pl, tel. 022-561-89-41.

opr. (u)

e-mail: u.bakowska@gazetalekarska.pl

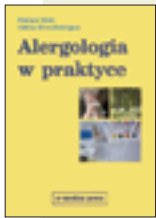
Wydawnictwo Medyczne α - medica press
43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, skrytka pocztowa 333,
43-300 Bielsko-Biała,
tel. 033-816-90-79; 827-13-70; faks 033-828-13-72,
e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Antybiotykoterapia praktyczna
Danuta Dzierżawska, Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka
wyd. IV. Bielsko-Biała 2008, str. 544, cena 48 zł
Wyd. zmienione i poszerzone, co wynika z postępu nauk med. (wprowadzenia nowych leków, zwiększania możliwości diagnostycznych, w szczególności dzięki badaniom opartym na metodach biologii molekularnej) a także selekcji szczepów i wzrostu oporności drobnoustrojów. Zrezygnowano natomiast z omawiania leków: przeciwwirusowych stos. w leczeniu HIV, przeciwgrzybiczych stos. wyl. miejscowo i przeciwcukrzyczych, a także monograficznych opisów antybiotyków (zostały wydane osobno – „Kompedium Antybiotyków”).



Przewodnik antybiotykoterapii
pod red. **Danuty Dzierżawskiej**
i **Katarzyny Dzierżawskiej-Fangrat**
wyd. XI. Bielsko-Biała 2008, str. 86, cena 20 zł
Kolejne wydanie kieszonkowe przewodnika, który jest niezbędnym narzędziem w pracy każdego lekarza.



Alergologia w praktyce
Rüdiger Wahl, Aldina Silva-Rodrigues
tłum. **Tomasz Szatan**
Bielsko-Biała 2007, str. 148, cena 20 zł
Publikacja zapoznaje z diagnostyką i terapią chorób alergicznych. Omawia laboratoryjne techniki diagnostyczne. Przedstawiono też nowe zagadnienia: reakcje kryzysowe, rekombinowane alergeny, nowe podejście do terapii alergii pokarmowych i użycie probiotyków. Szczególną uwagę poświęcono zależności między technikami laboratoryjnymi i pracą kliniczną.

MedPharm Polska Sp. z o.o.
53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śl. 28-30,
tel. 071-335-03-60, faks 071-335-03-61,
e-mail: info@medpharm.pl, www.medpahr.pl

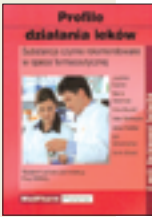


Echokardiografia prawego serca. Badanie przekłatkowe w tętnicznym nadciśnieniu płucnym
wyd. I polskie pod red. **Witolda Piotrowskiego**
konsultacja naukowa **Krzysztof Gołba**
Wrocław 2007, str. 76
Monografia zawiera przegląd możliwości diagnostycznych prawego serca ze szczególnym uwzględnieniem roli echokardiografii. Pozwala to na wczesne rozpoznanie nadciśnienia płucnego, jeszcze przed wystąpieniem niewydolności prawokomorowej.



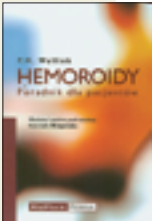
Buprenorfina - unikalny opioidowy środek przeciwbólowy. Właściwości farmakologiczne i zastosowanie kliniczne
Keith Budd, Robert B. Raffa
tłum. dr n. farm. **Maciej Goniewicz**
Wrocław 2007, str. 166
Opracowanie zawiera: Podstawy farmakologii; Buprenorfiny; Buprenorfina a układ oddechowy; Buprenorfina a system immunologiczny; Buprenorfina a różne postacie bólu; Buprenorfina nowy system transdermalny w praktyce klinicznej; Bezpieczeństwo i tolerancja stosowania buprenorfiny; Buprenorfina w uzależnieniach opioidowych.

Profile działania leków. Substancje czynne rekomendowane w opiece farmaceutycznej
Joachim Framm, Martin Auschütz, Erika Heidel, Anke Mehrwald, Almut Richter, Grit Schomacker, Dörte Stranz
wyd. I polskie pod red. **Ewy Chlebdy**
seria **Do kieszeni fartucha**
Wrocław 2007, str. 298



W publikacji opisano wszystkie najważniejsze informacje dotyczące najczęściej przepisywanych leków oraz leków w sprzedaży odręcznej. Wydanie w pełni zaktualizowane.

Hemoroidy. Poradnik dla pacjentów
F.H. Wullink
wyd. I polskie pod red. **Konrada Matysiaka**
Wrocław 2008, str. 46



Autor praktykujący w ambulatorium chorób żylnych i hemoroidalnych przedstawia praktyczne porady jak unikać i radzić sobie z hemoroidami.

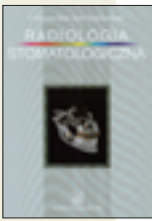
Homeopatia. Wskazania i stosowane substancje czynne. Porady i zalecenia
Mathias Eisele, Karl-Heinz Friese, Gisela Notter, Anette Schlumpberger
wyd. I polskie pod red. **Alicji Noculak-Palczewskiej**
seria **Do kieszeni fartucha**
Wrocław 2006, str. 324



Część I zawiera opis dolegliwości ze szczególnym określeniem objawów oraz nazwami leków, które można stosować. W części II przedstawione zostały środki homeopatyczne wraz z istotnymi wskazówkami dotyczącymi ich zastosowania i kryterium doboru.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
00-251 Warszawa, ul. Miodowa 10, tel. 022-695-40-33.
Księgarnia wysyłkowa: tel. 022-695-44-80, Infolinia 0801-142-080,
promocja@pzwl.pl, www.pzwl.pl

Radiologia stomatologiczna
T. Katarzyna Różyło, Ingrid Różyło-Kalinowska
wyd. I. Warszawa 2007, str. 378
Pierwsze opr. prezentujące najnowsze poglądy na radiologię i diagnostykę obrazową w stom., z uwzgl. polskich realiów. W cz. I zawarto szczegółowy opis wykonania zdjęć wewnętrznych, błędy techniczne i artefakty pojawiające się na obrazach radiol., zaawansowane techniki obrazowania i aktualny stan przepisów prawnych dot. stosowania promieniowania rtg w stom. Cz. II zawiera anatomię radiologiczną części twarzowej czaszki. W cz. III omówiono procesy patologiczne specyficzne dla części twarzowej czaszki, jak np. próchnica, guzy i torbiele zębopochodne oraz zmiany spotykane także w innych częściach organizmu obejmujące rejon głowy i szyi. Publikacja posiada bogaty materiał ilustracyjny.



Astma
Wacław Droszcz przy współpr. dr. n. med. **Alicji Grzanki**
Warszawa 2007, str. 364
W publikacji omówiono epidemiologię astmy oraz czynniki przyczynowe wpływające na jej występowanie. Opisano genetykę astmy i molekularne podst. działania leków stos. w jej leczeniu. Przedstawiono obraz kliniczny astmy i szczególne jej postacie (astma u dzieci, zawodowe, aspirynowe) oraz diagnostykę, różnicowanie i zapobieganie. Omówiono terapię astmy i typowe błędy w leczeniu tej choroby. Przedstawiono problemy astmy w sporcie oraz szkolenia chorych na astmę. Książka skierowana do alergologów, pneumonologów, lek. specjalizujących się w leczeniu astmy, lek. pierwszego kontaktu i lek. sportowych.



Podstawy żywienia klinicznego
red. nauk. **Luboś Sobotka**
współred.: **Simon P. Allison, Peter Fürst, Rémy F. Meier, Marek Pertkiewicz, Peter B. Soeters**
red. nauk. wyd. pol. **Teresa Korta, Małgorzata Łyszkowska**
wyd. I, Warszawa 2007, str. 494
Publikacja zawiera podst. informacje dot. tematu oraz zapoznaje z najnowszymi osiągnięciami naukowymi i doświadczeniem kli-



nicznym autorów. Zalecana przez Europ. Tow. Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN). Omówiono: niedożywienie, fizjologia i biochemia żywienia, substraty stosowane w żywieniu pozajelitowym i dojelitowym, żywienie dojelitowe, monitorowanie leczenia żywieniowego, leczenie żywieniowe dost. do choroby, powikłania leczenia żywieniowego. Tłumacze wyd. pol. działają w Pol. Tow. Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Internetowa Księgarnia Medyczna Ikamed.pl
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73,
tel. 058-326-78-11, faks 058-320-94-60, www.ikamed.pl
Wydawnictwo Via Medicas
80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73,
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl



Farmakoterapia w cukrzycy
pod red. **Władysława Grzeszczaka**
wyd. I. Gdańsk 2007, str. 374
W opracowaniu przedstawiono wyniki badań wskazujących na znaczenie kontroli glikemii, ciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz zaprzestania palenia tytoniu w zmniejszeniu rozwoju i zahamowania progresji cukrzycy. Omówiono również aktualne możliwości farmakologiczne leczenia chorych na cukrzycę typu 2. Zamieszczono obszernie piśmiennictwo. Książka przeznaczona jest dla studentów medycyny i lekarzy chorób wewnętrznych i diabetologii.



Schizofrenia. Pierwszy epizod
pod red. **Marka Jaremy**
wyd. I. Gdańsk 2008, str. 182
W miarę szybko – od momentu wystąpienia objawów schizofrenii podjęcie leczenia może w korzystny sposób modyfikować przebieg choroby. Szybki postęp wiedzy w zakresie tej choroby spowodował konieczność wydania nowej monografii. (Pierwszą polską monografię opublikowano w 2001 r.). Zawarto w niej zasady rozpoznawania i leczenia schizofrenii i omówiono odrębności w postępowaniu z chorymi.

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



Choroby serca. Braunwald
red.: **Douglas P. Zipes, Peter Libby, Robert O. Bonow, Eugene Braunwald**
red. wyd. I polskiego **Waldemar Banasiewicz, Grzegorz Opolski, Lech Poloński**
Wrocław 2007
tom 3, str. 1076-1660
Zawiera: Miażdżycowa choroba serca, osierdzia i płucnego łożyska naczyniowego.



tom 4, str. 1661-2158
Zawiera: Choroby serca, osierdzia i płucnego łożyska naczyniowego c.d.; Biologia molekularna i genetyka; Choroby układu sercowo-naczyniowego w wybranych grupach pacjentów (wiek podeszły, kobiety, ciąża, sportowcy, pacjenci po zabiegach chirurgicznych z chorobami układu krążenia, grupy etniczne); Zaburzenia czynności układu krążenia w schorzeniach innych narządów wewnętrznych.



Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka
Zofia Ignasiak
Wrocław 2008, str. 266
Publikacja zawiera: Nauka o trzewiach; Układ pokarmowy; Układ oddechowy; Układ moczowo-płciowy; Układ wewnętrzwydzielniczy; Układ naczyniowy; Układ krwionośny; Układ limfatyczny; Układ nerwowy, ośrodkowy, obwodowy, autonomiczny; Powłoka wspólna; Narządy zmysłów; Narząd wzroku. Publikacja opatrzona dużą liczbą publikacji.

Choroby zapalne oczu
Jacek J. Kański, Carlos E. Pavésio, Stephen J. Tuft
red. wyd. I polskiego **Marta Misiuk-Hojło**
Wrocław 2008, str. 306
Zwięzły i praktyczny przewodnik z jasnymi opisami istotnych objawów klinicznych. W tekście zawarto wiele szczegółów klinicznych i przykładów. Do każdego schorzenia podano opis diagnostyki, zalecanych badań dodatkowych, rozpoznania różnicowego oraz leczenia.

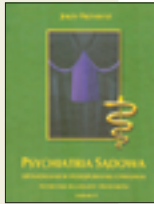


Ponadto nadesłano:

Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej
tom I, pod red. **Doroty Kilańskiej**
wyd. I, Lublin 2008, **Wydawnictwo Makmed**, 20-093 Lublin, ul. Chodźki 3, lok. 7E, e-mail: wydawnictwo@makmed.com.pl, tel. 081-740-40-56, str. 206
Autorka, nauczyciel akademicki przekazuje wiedzę z zakresu profesjonalnego pielęgniarstwa rodzinnego. Omawia opiekę pielęgniarską nad człowiekiem zdrowym i chorym. Podaje niezbędne informacje nt. dokumentowania pracy przez pielęgniarkę środowiskową wraz z opisami przypadków oraz informacje dot. możliwości samodzielnego kontraktowania świadczeń przez pielęgniarki i położne.



Psychiatria sądowa. Podręcznik dla lekarzy i prawników
Jerzy Przybysz
część I – **Opiniowanie w procesie karnym**
wyd. IV popr., stan prawny – 1 lipca 2007 r., str. 344
część II – **Opiniowanie w postępowaniu cywilnym**
wyd. II popr., stan prawny – 1 czerwca 2007 r., str. 224
wyd. **Fundacja Tumult**, 87-100 Toruń, Rynek Nowomiejski 28
tel. 056-621-00-19, 625-25-95, faks 056-652-21-97.
Książka do nabycia w dobrych księgarniach. Informacje: tel. 056-621-00-19 wew. 102 lub e-mail: asia@camerimag.pl
Obecne wydanie zawiera m.in. krytyczne omówienie zespołu przepisów dot. zwalczania pedofilii i wyznaczonej w nim przez pracodawcę roli psychiatrii i biegłych psychiatrów, projekt ustawy o biegłych sądowych, przemieszczający dotychczasowe kompetencje prezesów sądów okręgowych do min. sprawiedliwości oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego dotyczący kierowania na obserwację szpitalną. W części cywilnej omówiono projekt nowelizacji przepisów dot. ubezwłasnowolnienia, który w międzyczasie został uchwalony przez Sejm, a który wzmacnia prawa osoby, której dot. wniosek o ubezwłasnowolnienie.



Probiotyki w żywności. Właściwości zdrowotne i żywieniowe oraz wytyczne do ich oceny. WHO, ONZ – FAO
wyd. pol.: **PTPP**, Kraków 2007, str.50 (materiał edukacyjny)
Publikacja jest pierwszą wydaną przez Polskie Towarzystwo Probiotyczne i Prebiotyczne (PTPP). Zawarto w niej wspólne raporty ekspertów i naukowców ONZ ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oceniające dostępne doniesienia oraz dowody naukowe odnoszące się do funkcjonowania i bezpieczeństwa probiotyków w żywności a także metodologię oceny tych parametrów. Pierwszy jest raport ze spotkania konsultacyjnego ekspertów w Argentynie pt. „Właściwości zdrowotne i żywieniowe probiotyków w żywności włączając mleko w proszku zawierające żywe bakterie kwasu mlekowego”, a drugi raportem powołanej grupy roboczej pt. „Wytyczne do oceny probiotyków w żywności” z posiedzenia w Kanadzie. Obecnie jest to najważniejsza publikacja dot. probiotyków jaka powstała przy współpr. FAO i WHO. Informacje: www.towrzystwoprobiotyczne.pl



Cesarskie cięcie
Dariusz Kaźmierczak
wyd. I, Bydgoszcz 2008, **Oficina Wydawnicza Branta**
85-959 Bydgoszcz, ul. Królowej Jadwigi 18, tel./faks 052-322-89-19
052-322-75-34, e-mail: oficya@branta.com.pl
Akcja powieści dzieje się w małym, powiatowym szpitalu, w środowisku lekarskim. Bohater powieści to młody, ambitny ginekolog, który marzy o stanowisku dyrektora szpitala. Gorzka opowieść o pragnieniach ludzkich – posiadaniu władzy, stanowiska, pieniędzy, dziecka, które prowadzą do zagłuszenia w sobie zasad moralnych, lojalności, uczciwości.



opr. md