



Prof. Bohdan Maruszewski
Nie bierze,
bo chce zarabiać normalnie



Trochę śmieszno, trochę straszno

Bezmiar głupoty, zlej woli i hipokryzji, zło podszyte cynizmem, jakie przelewa się ostatnio przez polską przestrzeń publiczną, nie pozwala mi spokojnie spać, zresztą nie mnie jednemu. Mam nadzieję, że nie dam się zatopić w tej łże-gadaninie! Usłyszałem właśnie w kabarecie, że lekarze to ludzie, których wykształcenie jest wyższe niż zarobki. Ale zostawmy te subtelne zabiegi lingwistyczne prześmiewcom. Przy zamojskim sądzie powstaje specjalistyczny szpital. Jest już chirurg, dwóch neurologów i tyle samo pulmonologów. Niewykluczone, że pojawią się następni. Kadre werbuje prokurator! Taka anegdota krąży po korytarzach zamojskiego Sądu Rejonowego. Niemal wszyscy medycy, którzy muszą stawić się do sądu, oskarżeni są o przyjęcie łapówki. Nie chcę od siebie dokładać do pieca, bo skutecznie mnie w tym wyręcza prasa codzienna.

Według przeprowadzonego na początku marca sondażu, ponad 40% Polaków uważa, że tyle samo lekarzy przyjmuje łapówki, co uczciwie wykonuje swoją pracę. Co czwarty rodak, jest przekonany, że lekarze biorą „na potęgę”, a co piąty przyznaje, że on lub ktoś z jego znajomych spotkał się z sugestią wręczenia łapówki ze strony lekarza. Nic nam nie pomogą zapewnienia 65% badanych, że nikt i nigdy niczego od nich nie żądał w zamian za leczenie i opiekę. Musi zapanować moda na uczciwość, taka sama jak na rzucenie palenia i suto zakrapianych bankietów imieninowych w pracy.

W czasach PRL powszechna była praktyka dawania lekarzom tzw. dowodów wdzięczności. Co więcej, ludzie doskonale rozumieli, że człowiek, który ratuje im życie, nie może zarabiać mniej niż ten, kto naprawia gaźnik w „Syrence” pana doktora. Teraz do lekarzy wreszcie zaczęło docierać, że przyjęta właśnie koperta może być ostatnią przed wylądowaniem w areszcie. Co zrobić, gdy pacjent wpycha kopertę do kieszeni fartucha? Lekarze z kieleckiego szpitala wojewódzkiego już znają odpowiedzi na to pytanie. Dyrektor Jan Gierada zafundował im szkolenie – jak nie dać się skorumpować. Po zakończonym szkoleniu lekarze i pielęgniarki będą musieli napisać test. – Jak ktoś nie zda, będzie pisał do skutku – zapowiada dyrektor. Może to naiwne, ale odruch dyrektora jak najbardziej prawidłowy.

Spontanicznie akcję „Nie biorę” rozpoczęli młodzi lekarze warszawscy. Złośliwi twierdzą, że lekarskiej młodzieży nawet ładnie wychodzi ta akcja, bo na razie nikt niczego im nie daje, więc nie biorą. Jeszcze bardziej złośliwi szydzą, że za młodymi skryła się profesura i ordynatorzy. Z naszej okładki, spogląda dumnie pochylony nad dzieckiem wybitny kardiochirurg dziecięcy Bohdan Maruszewski. Nie bierze, bo chce zarabiać normalnie. Z czego więc żyje lekarz i naukowiec, który nie karmi się kopertami od pacjentów? Zachęcam do przeczytania naszej rozmowy z Profesorem na następnej stronie.

„Gazeta Lekarska” będzie kibicować lekarzom, którzy nie chcą i nie muszą paplać się w bagienku niechlebnego dorabiania się. Nasza okładka niech będzie witryną dla tych znakomitych i oddanych lekarzy, którzy gdzieś mają pokusę brania, pomimo że zewsząd próbowano wciskać im kiedyś forsy do kieszeni. Napiszcie o tym do nas, pokażmy ich twarze i opowiedzmy światu o ich ofiarnej pracy.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Lekarz nie może być nędzarzem	4
Manifest – My lekarze!	5
Okiem Prezesa	5
Czy sponsorowany wyjazd lekarza na szkolenie jest łapówką?	6-8
Zastanawiam się, czy nie wyjechać	10-11
Nie tylko dla aniołów	12-13
Delikatna materia zaufania	14-15
Nowa odsłona astmy	18
Ustawa o izbach lekarskich – Nadchodzą zmiany	20
Ustawa o krajowej sieci szpitali – Może się okazać przysłowiową kulą w plot	22-23
Przychodzi lekarz do prawnika	24-25
Fałszywe karty lekarza-omnibusa	26
Orzecznictwo lekarskie i solidna wiedza medyczna	27
Lekarze w II Rzeczypospolitej (17) – Szpital, którego nie ma	28-31
Historie stomatologiczne (6) – Ponad podziałami	32-33
Lekarski sport	38-39
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	49-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	

W następnym numerze

4000 czytelników otrzyma ankietę NIL dotyczącą aktualnych problemów naszego środowiska. We współpracy z socjologami chcemy regularnie prowadzić takie badania. Bardzo prosimy Koleżanki i Kolegów wylosowanych jako reprezentatywna grupa o pomoc w ich przeprowadzeniu i odesłanie ankiety.

Lekarz nie może być nędzarzem

Z prof. dr hab. n. med. **Bohdanem Maruszewskim**,
kierownikiem Kliniki Kardiologii
Instytut „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”
rozmawia Marek Stankiewicz

• **Panie profesorze, czy można normalnie pracować i zarabiać, nie wyciągając skrycie ręki do pacjenta po kopertę wypchaną banknotami?**

– Przecież tak żyje znakomita większość lekarzy w Polsce.

• **Pan także?**

– Oczywiście! Ja miałem szczęście od losu, że w środowisku, w którym pracowałem nigdy nie było łapówkarstwa. Mój szef i mistrz, prof. Jarosław Stodulski, który mnie wychował jako lekarza miał do tego jednoznacznie negatywny stosunek. Razi mnie, boli i do żywego dotyka, kiedy słyszę, że lekarze biorą. W każdym środowisku jest patologia i normalność. Cieszę się, że odważna akcja młodzieży lekarskiej chce przywrócić decydujący głos, tym, którzy nie biorą.

• **To z czego żyje lekarz i naukowiec, który nie karmi się kopertami od pacjentów?**

Prof. Bohdan Maruszewski

Lat 53, absolwent warszawskiej AM z 1979 r., od 2004 r. profesor kardiologii, wykształcony m.in. w renomowanych ośrodkach uniwersyteckich w Londynie, Liverpoolu i Edynburgu. Prezes elitarnego Klubu Kardiologów Polskich (aby nim zostać trzeba uzyskać 100% głosów). Szef jednego z największych ośrodków kardiologii dziecięcej w Europie. Fartucha lekarskiego nie nosi, bo twierdzi, że to rezerwuarnia drobnoustrojów, ale za to często myje ręce. Jest prezesem Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która w ciągu ostatnich 15 lat wyposażyła w nowoczesny sprzęt medyczny, o wartości ponad 70 mln dolarów, ponad 600 oddziałów pediatrycznych w Polsce. Zajmuje z rodziną mieszkanie na warszawskim Wilanowie, jeździ siedmioletnim renault laguna. Żona farmaceutka, syn jest lekarzem na stażu podyplomowym. Dbą o kondycję, regularnie ćwiczy i pływa, lubi posłuchać jazzu.

– Przez wiele lat z żoną farmaceutką i małym wówczas synem, żyliśmy bardzo skromnie. Dziś żona pracuje w wielkim koncernie farmaceutycznym. Dochody naszej rodziny od 15 lat pochodzą w zdecydowanej części z jej pracy. Trochę poprawiły się zarobki, zwłaszcza specjalistów zabiegowych. Niestety stażyści i rezydenci, których czeka wiele lat nauki, zanim osiągną samodzielność zarabiają fatalnie i są nędzarzami w porównaniu z rówieśnikami po studiach np. informatycznych.

• **Jak to się stało, że kolejki oczekujących, które w latach dziewięćdziesiątych towarzyszyły leczeniu dzieci z wadami serca w tej chwili zniknęły?**

– Może całkiem nie zniknęły, ale są to takie same listy oczekujących jak na całym świecie. Proszę pamiętać, że przed 15 laty mogliśmy pomóc tylko 20% chorym dzieciom urodzonym z wadami serca. Dziś rodzi się ich blisko 3,5 tys. i praktycznie możemy pomóc każdemu z nich. Bardzo pomogła akcja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, w której wraz z Jurkiem Owsiakiem i gronem przyjaciół udzielam się od początku, a która była przecież wycelowana na pomoc dzieciom z wadami serca. Ogromna część środków, zebrana dzięki wielkiej ofiarności społeczeństwa dotarła właśnie do tych dzieci, a blisko jedna trzecia przeznaczona jest na leczenie noworodków. Nie bez znaczenia była zmiana warty, kiedy w latach dziewięćdziesiątych do samodzielności w kardiologii dziecięcej doszła spora grupa ambitnych specjalistów, wyszkolonych za granicą i silnie umotywowanych na sukces zawodowy. Ten impet zawdzięczamy zdrowej konkurencji ośrodków opartej na przyjaźni i współpracy.

• **Jakie przymioty powinny charakteryzować lekarza decydującego się na lukratywną karierę kardi chirurga?**

– Lukratywna to może ona jest, ale nie w Polsce. Ja nie widzę różnicy w wymaganiach, jakie powinniśmy stawiać kardiologom i lekarzom w ogólności. To musi być elita, która ma w sobie pełne poświęcenie do pracy i kompletny brak tolerancji dla nieetycznych zachowań. Lekarz ma dawać przykład i być wzorem dla całego społeczeństwa, a nie tylko jego anonimową częścią. Musi być wykształcony, a jednocześnie gotowy do stałego doskonalenia, musi być całkowicie oddany pacjentom i zdyscyplinowany w pracy, rzetelny, solidny i prawdomówny. Krótko mówiąc, musi przestrzegać Dekalogu, bez względu na to, jaki ma stosunek do wiary i religii. Młodzi lekarze trochę zbyt czarno widzą naszą rzeczywistość. Staram się ich zrozumieć, bowiem są rozgoryczeni. Piszą o tym zresztą w swoim manifestcie. Lekarza powinno jednak cechować pozytywne myślenie i optymizm, a także duma z zajmowania się czymś wyjątkowym. Bez tego trudno mu będzie doczekać się zawodowego spełnienia.

• **Czy wierzy pan, że nadejdzie taki dzień, że nikt nie ośmieli się przekupować polskich lekarzy ani wątpić w ich szlachetne intencje?**

– Bardzo chciałbym w to wierzyć. Jest tu bardzo wiele do zrobienia. Ale żeby wymagać od siebie i innych lekarzy, to nie może być tak, że młody człowiek po studiach lekarskich skazany jest na nędzę, tylko dlatego, że wybrał... zawód prestiżowy i elitarny. To warunki pracy powinny zapobiegać nadużyciom w tym zawodzie. Młody Amerykanin czy Francuz, rozpoczyna trudne i pracochłonne studia lekarskie w przekonaniu, że po ich ukończeniu będzie szanowanym i ważnym człowiekiem, należącym do elity. I tego musimy się dążyć.

Manifest

My Lekarze

Jesteśmy pracowici, ambitni i rzetelni. Spędzamy w szpitalach i poradniach większość swojego życia. Pracujemy średnio ponad 270 godzin miesięcznie, często 36 godzin z rzędu lub dłużej. To niemal dwukrotnie więcej niż przewiduje kodeks pracy i unijna dyrektywa o czasie pracy. Za etat dostajemy do ręki 1200 zł. Dodatkowo wiele energii poświęcamy na doskonalenie zawodowe. Pracujemy w trudnych warunkach, pod ogromną presją psychiczną, często bez dostępu do sprzętu, w szpitalach, gdzie tynk wali się na głowę, brakuje pieniędzy na pieluchomajtki i nie wiadomo, kiedy respirator sprzed 20 lat po raz kolejny się zepsuje. Często niesienie pomocy innym okupione jest zaniedbaniem własnego zdrowia i szczęścia najbliższych. Jesteśmy coraz bardziej niezadowoleni z własnego życia. Narzekamy. Jednocześnie jesteśmy postrzegani przez społeczeństwo jako łapówkarze. W sondażach badających opinię Polaków na temat korupcji, jako grupa zawodowa wypadamy najgorzej – długo przed posłami, policjantami z drogówki, celnikami czy dziennikarzami. W 1999 r. 78% społeczeństwa uważało, że zjawisko korupcji dotyczy lekarzy często lub bardzo często, co stawia nas na pierwszym miejscu w tym niechlubnym rankingu. A to przecież nieprawda! Niestety łatwiej rozdmuchać pojedynczy, naganny przypadek, niż pokazać tysiące uczciwie i sumiennie wykonujących swoją pracę lekarzy. Kiedy czytamy informacje prasowe, o aferach korupcyjnych w środowisku lekarskim, jest nam niezmiernie przykro. To autentycznie boli. Poświęcamy swoje życie dla innych, a oni postrzegają nas nawet jako zabójców! Chcemy aby to się zmieniło. Chcemy, musimy zrzucić z siebie to nieprawdziwe piętno. Niech w końcu do głosu dojdzie uczciwa, profesjonalna i niestety często biedna większość lekarzy. Chcemy dać jasny przekaz: „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”. Chcemy, aby każdy lekarz w Polsce z dumą nosił przypiętą do swojego fartucha plakietkę z takim właśnie hasłem. Tak, by nasi pacjenci, całe społeczeństwo, zrozumiało, iż lekarze chcą po prostu normalnie pracować i zarabiać. Chcemy być wolnymi i szczęśliwymi ludźmi. Mamy nadzieję, że taka manifestacja postaw przyczyni się do poprawy samopoczucia i aktywizacji środowiska, a prawdziwe oblicze zawodu lekarza w końcu weźmie górę.

Podpisz się pod naszym manifestem!
www.wspieramlekarzy.pl

Koordynatorem akcji jest Paweł Jezierski z Warszawy
e-mail: **niebiore@gmail.com**



Okiem
Prezesa

Każdy zaczyna od siebie!



Wszyscy mamy już dość panującej od kilku lat, a nasilającej się w ostatnich miesiącach polityczno-medialnej nagonki na środowisko lekarskie. Wybierając kilka, kilkanaście albo kilkadziesiąt lat temu trudny i elitarny zawód stawialiśmy sobie wysokie wymagania. Pokonywaliśmy trudy kształcenia, a potem doskonalenia w zawodzie, kosztem życia prywatnego i rodzinnego pracowaliśmy popołudniami i nocami, dużą część dni świątecznych także poświęciliśmy naszym chorym. Płacono zawsze marnie, ale kiedy przyszła nowa Polska i siermiężna PRL-owska przeszłość oddalała się, zaczęliśmy i my mieć nadzieję, że wraz z wolnością i demokracją oraz rozwijającą się gospodarką także nam zacznie się poprawiać. Rządy zmieniały się, oczekiwania naszych pacjentów rosły, a nasze wynagrodzenia i warunki pracy nie zmieniały się.

W tej sytuacji niektórzy postanowili wziąć sprawy w swoje ręce. Wielu z nas pracuje już dziś w prywatnych placówkach i zaczyna stawać na nogach. Nadal jednak znaczna część z nas pracuje w publicznych szpitalach i przychodniach. Dziś ci właśnie są w najgorszej sytuacji. W tych trudnych okolicznościach znaleźli się wśród nas i tacy, którzy nie chcą już dłużej czekać. Mając przed sobą zdesperowanych chorych czekających na zdrowie i życie w niewydolnym systemie ochrony zdrowia, ulegli pokusie. Zaczęli brać: najpierw drobny dowód wdzięczności, potem coś cenniejszego, a wreszcie pieniądze. Początkowo ukryte w kwiatkach, pod obwolutą czekolady, a wreszcie w kopercie. Najpierw po zakończonym leczeniu czy zabiegu, w końcu także przed. No i przyszedł taki straszny dzień, kiedy niektórzy powiedzieli: bez zapłaty nie będzie leczenia. To straszna porażka dawnych ideałów. Nikomu z nich dobrze z tym się nie żyje. Ale krzywdzą także innych – cień takiego zachowania pada bowiem daleko. Młodzi patrząc na swoich nauczycieli biorą z nich zły przykład.

Chcemy z tym skończyć. Grupa młodych lekarzy z Warszawy zainicjowała akcję odnowy. Domagając się szacunku od polityków, dziennikarzy i społeczeństwa musimy zacząć szanować się sami. I stąd akcja: nie biorę! Tylko powszechnie prezentując taką postawę mamy szansę powstrzymać falę niesprawiedliwych obelg zalewającą nasze środowisko. Tylko w taki sposób: zaczynając od siebie i tworząc front dezaprobaty dla nagannych zachowań kolegów mamy szansę na powrót do naszych młodzieńczych ideałów. I tylko wtedy z otwartą przyłbicą możemy domagać się godziwej zapłaty za naszą pracę: chcę normalnie zarabiać!

W pakiecie „Gazety Lekarskiej” otrzymują Państwo 24 naklejki akcji do wykorzystania. Niech pojawią się one na lekarskich fartuchach i samochodach oraz na drzwiach naszych gabinetów. Informujmy o akcji pozostałych pracowników medycznych oraz naszych pacjentów. Popracujmy razem na dobry wizerunek polskiego środowiska lekarskiego. Każdy zaczyna od siebie!

Czy sponsorowany wyjazd lekarza na szkolenie jest łapówką?



Gdyby nie sponsorzy, to prawie żaden polski lekarz nie byłby w stanie nigdzie pojechać. Mam tu na uwadze koszty udziału w konferencjach, szkoleniach itp. A więc taki sponsoring łapówką, moim zdaniem nie jest. Ale gdyby to były wcześnie z rodziną w Polsce lub za granicą, w pełni pokrywane przez sponsora, to była by to bez wątpienia „wziątka”.

Ryszard Szozda, Gliwice

Tak, bo jego idea opiera się na jednym z najsilniejszych narzędzi wpływu społecznego, regule wzajemności. Krótko mówiąc, na mocy tej reguły, jesteśmy zobowiązani do rewanżowania się w przyszłości za przysługę. Natomiast łapówka jest z definicji korzyścią, choć nie zawsze finansową. Czego zatem oczekuje firma farmaceutyczna finansując nam często drogie szkolenia?



Wyjazd sponsorowany na kongres czy sympozjum naukowe to nie żadna łapówka, lecz dobrodziejstwo pozwalające polskim lekarzom na zdobywanie wiedzy. Niestety, dzisiejsze zarządzanie służbą zdrowia niewiele się różni od tego rodem z PRL. I wówczas, i dzisiaj nie ma pieniędzy na normalne, europejskie zarobki dla lekarzy. Aby więc uzupełniać wiedzę, poznawać nowości medycyny i farmacji muszą oni korzystać ze sponsorowania firm farmaceutycznych (inne nie chcą, niestety dawać) przy wyjazdach na ważne zagraniczne spotkania naukowe. I chwała firmom za to, że pomimo ataków, oskarżeń o korupcję i korumpowanie, a nawet – jak się dowiadujemy – aresztowań swoich pracowników sponsorują takie wyjazdy.

*Ewa Dux-Prabucka
redaktor naczelna
„Gazety Farmaceutycznej”*

Oczywiście tego, że niebawem wypiszemy recepty na leki, których jest producentem. Jest jednak skuteczna metoda obrony. Wiedząc, że sponsorowany wyjazd na szkolenie jest raczej formą manipulacji, niż czystą przysługą wynikającą z chęci bezinteresownego dbania o stan naszej wiedzy medycznej, przestajemy być zobowiązani do odwzajemniania się. Musimy jednak pamiętać, że najczęściej reguła wzajemności i skorzystanie ze sponsorowanego wyjazdu na szkolenie zamyka nas w pułapce.

*Marek Derkacz,
rezydent z Lublina*

Jeżeli wyjazd byłby na narty w Alpy, czy na plażę Wysp Kanaryjskich to można to traktować jako łapówkę, ale wyjazd na szkolenie? Chyba nie. Człowiek szkoli się, aby służyć innym.

*Grzegorz Sadowski
Internista z Giżycka*

Wyjazd na szkolenie nie jest łapówką, tylko szkoleniem – jeśli cel jest zgodny ze stosownymi zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej o kontaktach z firmami farmaceutycznymi. Co nie jest zabronione jest dozwolone!

*Paweł Sobieski,
chirurg, Płock*

Wyjazd nie jest łapówką, jeżeli: 1. Ma na celu zapoznanie się z metodą lub technologią, prezentowaną wyłącznie w miejscu niedostępnym lekarzowi z powodów finansowych. 2. Wyjazdowi nie towarzyszy zobowiązanie sponsorowanego lekarza do używania podczas wykonywania zawodu wyłącznie produktów, metod lub narzędzi sponsora, jeżeli nie są uzasadnione z punktu widzenia medycznego. Rozwiązaniem byłoby stworzenie takich warunków, aby państwo poprzez placówki medyczne

lub NFZ ze swoich funduszy, wzięło na siebie finansowanie szczególnie potrzebnych szkoleń. Niestety, dotychczas to tylko mrzonki.

*Halina Porębska,
lekarz dentysta, Gdańsk*

Samo sponsorowanie wyjazdów jest ogólnie przyjętą formą promocji medykamentów, technik, procedur medycznych, czy sprzętu. Nie oszukujmy się sponsorowanie zawsze ma jakiś cel. Niemniej, czy wstawienie sprzętu do szpitala celem testowania jest również łapówką? Przecież firma poświęca często drogi sprzęt. I kto przyjmuje tu łapówkę? No bo i kto decyduje potem w przetargu o sprzęcie za milionowe sumy?

*Mariusz Przyśliwski, radiolog
Veje, Dania*

Wiemy, jakie są koszty wyjazdu na szkolenie, więc sponsorowanie jest cenną pomocą. Moim zdaniem, lekarz powinien wiedzieć, na jakie sugestie firmy może się zgodzić; np. jeśli będę polecała mieszanki mleczne Nestle zamiast Bebiko lub odwrotnie, a obie uważam za równie dobre, nikomu krzywdy nie zrobię. Natomiast godzenie się na przepisywanie preparatu, do którego sama nie mam zaufania, tylko w celu uzyskania jakichś świadczeń uważam za nieetyczne.

*Maria Szczęsna
pediatra i alergolog z Łodzi*

W Szwecji, gdzie obecnie pracuję nikomu nawet nie przychodzi do głowy przekupywać lekarza. Powszechna kontrola i nadzór sprawia, że nie ma chętnych do dawania i do brania. W kontaktach z przedstawicielami świata farmaceutycznego istnieją przede wszystkim jasne reguły. Nie można liczyć na żadne „wsparcie” ze strony firm, jeśli jest to niezgodne z wzajemnym porozumieniem między pracodawcą a firmami farmaceutycznymi. Dopuszczalne jest częściowe finansowanie zjazdów naukowych przez firmy (max 50%) i to w formie pokrycia rachunku za opłatę zjazdową lub koszty podróży. Żadnych „spotkań” zwłaszcza przy alkoholu i innych „atrakcji”. Popularne jest publiczne piętnowanie (w szwedzkim odpowiedniku „Gazety Lekarskiej”) kolegów, którzy zapomnieli się i uczestniczyli w jakichś wycieczkach lub spotkaniu bez zgody swoich szefów.

*Andrzej Helminiak, neurolog
Szwecja*

Oczywiście, że to łapówka. Przerabialiśmy ten temat w Niemczech przed 15 laty. W krajach dawnej Unii jest w tej sprawie wiele uzasadnień wyroków. Ponadto z punktu widzenia prawa finansowego jest to uzyskanie korzyści finansowej nieopodatkowanej, chociaż jak każdy przychód finansowy nie jest ona wolna od podatku. Najczęściej firmy te nie odprowadzają podatku z tego tytułu w części, która dotyczyłaby lekarza otrzymującego taką korzyść. Sprawa staje się problemem przy okazji kontroli finansowej przez Urząd Skarbowy w samej firmie i w sytuacji odkrytych wieloletnich sponsoringów. Bogu ducha winny lekarz staje nierzadko przed prokuratorem. Gdy koszty szkoleń wydają mi się szczególnie niskie, pytam firmę czy szkolenie zgłoszono w miejscowym urzędzie skarbowym. Jeśli nie, to rezygnuję.

*Jacek Nocoń
lekarz dentysta i prawnik
Oberhausen, Niemcy*

Nie ma prostej odpowiedzi. We Francji, już od co najmniej 30 lat, nie płacono za podróż i pobyt małżonek z okazji wyjazdu na kongresy do obcego kraju. Ale, czy kongres jest szkoleniem? Tak jak język Ezopa, takie propozycje mogą być pozytywne albo... nikt nie gryzie ręki dającej pieniądze. Wydaje mi się, że kongresy, w bajecznych stronach, przybliżają się do tzw. łapówek.

*dr Tadeusz Grzesiak
honorowy prezes
Kongresu Polonii Francuskiej*

Jeżeli wyjazd na szkolenie „sponsorowane” przez firmy nie jest uzależniony od przepisywania czy faworyzowania leków danego Laboratorium, wtedy nie może być mowy o jakimkolwiek przekupstwie czy łapówce, a termin ten staje się obraźliwy. Medycyna postępuje tak szybko, że stałe dokształcanie się jest nieodzowne. Jeżeli naszej ubogiej służby zdrowia nie stać na stałe dokształcanie lekarzy, to dlatego firmy, które mają na ten cel środki, nie miałyby pomagać finansować takie szkolenia. Oczywiście, na dziesięciodniowy wyjazd na kongres w Kostaryce, poświęcony wpływom promieni ultrafioletowych na szybkość wzrostu paznokci lewej ręki, trzeba spojrzeć z pewną rezerwą.

*Przemysław Kozminski,
Villers les Nancy, Francja*

dokończenie na str. 8

Bezpardonowe deptanie

*Jakaż jest przeciw włóchni złego twoja tarcza,
Człowiecze z końca wieku?... Głowę zwiesił niemy*
Kazimierz Przerwa Tetmajer

Nastaly czasy, kiedy człowiek boi się włączyć telewizor czy otworzyć gazetę. Myli się jednak ten, kto sądzi, że chodzi mi tu o otaczającą nas przemoc, wojny, wypadki czy epidemie chorób. Z ludzi władzy wypełzło... krystaliczne zło. Oto właśnie wyroki na lekarzach wydaje jednoosobowo minister sprawiedliwości przed obiektywami kamer TV, oto ujawniane są nazwiska osób pracujących w polskim wywiadzie wojskowym, oto były i obecny prezydent obrzucają się wyzwiskami i podają do sądu o zniesławienie. Nastaly czasy, kiedy zatraca się obiektywny wizerunek osób. Ktoś, kto był uczciwy, nagle okazuje się zdrajcą, mądry – głupim, a lekarz – mordercą. Bezkarność i bezmyślność rządzących tym krajem, ferowanie mentorskich opinii w stylu „wszystko wskazuje na to, że...” przed sprawdzeniem faktów staje się u nas codziennością. Mam gdzieś naszych byłych szpiegów, nie obchodzi mnie kto naszego prezydenta nazwał durniem, ale nie mogę pozostać obojętny na bezpardonowe deptanie prestiżu lekarza. Dlatego też z całego serca (sic!) życzyłbym ministrowi Ziobro, aby jego życie zależało kiedyś od kardiochirurga.

Mój niepokój wynika z tego, że zatracam poczucie bezpieczeństwa. Otwieram barek i oceniam, czy alkohol, który tam przechowuję (bo rzadko spożywam), może świadczyć o tym, że jestem łapówkarzem, gdyby wpadło do domu CBA na rewizję. Liczę posiadane długopisy i zastanawiam się, czy jest to już liczba przestępstwa. Z pewnością jednak nie wybroniłbym się z ułożonego w wachlarzyk (dla lepszego efektu przed kamerami) pliku banknotów (mam w domu kilkaset dolarów na czarną godzinę). Patrząc na swój samochód za oknem, na który pracowałem piętnaście lat na kilku etatach, prawie czuję się przestępcą. Boję się jak ognia najbliższego dyżuru, bo gdy zdarzy się reanimacja i nie uda się pacjenta uratować, media nazwą mnie mordercą. Trzeba będzie jak za komuny ukryć zaskórniaki na strychu, wynieść do sąsiada te kilka butelek francuskiego wina i zmienić samochód na rower ukraiński. Wtedy powiedzą: biedny, więc uczciwy! Tak już kiedyś było! Zmieniły się tylko określenia. Kiedyś spekulant, dziś łapówkarz, kiedyś reakcjonista, dziś zabójca. A sąd? – po co? Przecież wszystko jest jasne.

Historia zatoczyła koło.

Istnieje pilna potrzeba jasnego zdefiniowania co jest łapówką. Jasnego i opisanego szczegółowo w akcie normatywnym. Jednak przeciwko oszczerstwom nie wiem jak się bronić. Bardzo trudno będzie ci udowodnić, że jesteś dobrym człowiekiem, gdy wszyscy w telewizji usłyszą, że jesteś draniem. Nie przekonasz nikogo, że jesteś zdrowy, gdy prasa nazwie cię psychopatą. Okoliczności zatrzymania doktora G. kosztowały mnie dwie nieprzespane noce i ponowne wątpliwości: zostawać w tym kraju czy poszukać normalności gdzie indziej.

Pomimo stałej medialnej nagonki na lekarzy (jak zwykle: system się sypie – trzeba znaleźć winnych) musimy robić swoje, a milcząca zgoda na to, co się dzieje może nam tylko zaszkodzić.

Stanisław Kowarzyk

Czy sponsorowany wyjazd lekarza na szkolenie jest łapówką?

dokręcenie ze str. 7

Zarabiam 2-2,2 tys. zł miesięcznie, opłata za udział w zjeździe pediatrycznym, który w maju odbędzie się w Łodzi wynosi 700 zł, czyli 1/3 mojej pensji! Czy stać mnie na taki luksus?! Nie! Nie wezmę w nim udziału, bo mnie zwyczajnie nie stać. Obowiązkiem lekarza jest szkolić się, szkolić się i jeszcze raz szkolić! Żeby żyć godnie musimy pracować ponad siły na kilku etatach. A po nocach uczymy się, robimy doktoraty, specjalizacje... Dlatego absolutnie nie widzę niczego złego w sponsorowaniu przez firmy sympozjów szkoleniowych, to jest tylko korzyść dla pacjenta. Dobremu lekarzowi żadna firma nie musi podpowiadać jaki lek ma wypisać. Zresztą pacjenci często sami sugerują lekarzowi wypisanie najtańszego leku.

Krystyna z Łodzi, pediatra

Nie. Jeździłem wielokrotnie na kongresy i szkolenia w najlepszych ośrodkach. Firmy, które sponsorują, później i tak sprzedają szpitalom swoje produkty, bo zwykle są one najlepszej jakości. A mnie się udało czegoś nauczyć i zobaczyć coś, na co nigdy uczelniana pensja ani gabinety prywatne mi nie pozwoliły.

*Aleksander Stanek, chirurg
Gdańsk, obecnie
w Irlandii.*



rys. Małgorzata Gryś

Kilkadziesiąt razy wyjeżdżałem za pieniądze wielu firm na zjazdy i nie mam z tego powodu najmniejszych wyrzutów sumienia. Co więcej, uważam, że te wyjazdy uczyniły ze mnie europejskiego lekarza, pozwoliły nawiązać bardzo owocne kontakty międzynarodowe, poznać wielu wybitnych, światowych chirurgów, którzy później przyjeżdżali do mojego szpitala uczyć mnie i mój zespół nowoczesnych technik operacyjnych. Od zarania dziejów ważnym etapem szkolenia lekarza były „podróże naukowe”. Jak tu podróżować, kiedy wszyscy bez wyjątku moi asystenci z tytułami doktora nauk medycznych zarabiają poniżej średniej krajowej? To, że służba zdrowia pozostała reliktem socjalizmu w kapitalistycznym kraju nie może być powodem wiecznej nagonki na lekarzy. Łatwo ministrowi zdrowia mówić o moralności lekarskiej, bo to nic nie kosztuje. Trudniej zaś, doprowadzić do tego, by lekarze żyli godnie i mieli się za co szkolić.

*Maciej Michalik, chirurg
Wejherowo*

Uważam, że nie jest. Sponsorowany wyjazd sam w sobie nie jest niczym złym. Oczywiście, niekiedy bywa on elementem korupcyjnego układu między lekarzem a firmą, jeżeli lekarz w zamian zobowiązuje się do czegoś, czego inaczej, kierując się jedynie swoją wiedzą i dobrem pacjenta, by nie zrobił. Jednak takie, jak uważam, odosobnione przypadki nie powinny powodować negatywnej oceny zjawiska jako takiego. Nie potępiamy wszakże ludzi posiadających w domach noże tylko, dlatego, że raz na jakiś czas ktoś przy pomocy noża dokonuje zabójstwa.

Łukasz Perczyński, Lublin



Zastanawiam się, czy nie wyjechać

**Z prof. Zbigniewem Włodarczykiem
kierownikiem Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej
Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy
rozmawia Agnieszka Banach**

• **Niedobrze się dzieje wokół polskiej transplantologii. Kolejne doniesienia medialne sprawiają, że można zacząć myśleć o upadku tej dziedziny medycyny...**

– Niedobrze się dzieje z całą polską medycyną. To ciągle podrywanie zaufania do lekarzy! Atak na środowisko lekarskie jest bardzo widoczny. Teraz skupił się na transplantologii. Jest to dziedzina medycyny, która może służyć do wywoływania lęków. Lęk społeczny bardzo łatwo wywołać, o wiele trudniej wygasić.

Zacznijmy od sprawy Mirosława G. Ten nieszczęsny zarzut zabójstwa pacjenta postawiony przez prokuraturę i nagłośniony podczas żałosnej konferencji prasowej ministra Ziobry jest nieuzasadniony. Jestem o tym głęboko przekonany. Nie można tu mówić o zabójstwie! Najwyżej o błędzie lekarskim. Też popełniałem błędy decyzyjne, które mogły kończyć się źle, bo błędy i ryzyko są wpisane w zawód lekarza. A afera białostocka, kiedy to „Gazeta Polska” oskarżyła lekarzy, o to, że przy pomocy thiopentalu wywołują u pacjentów stan śpiączki, w czasie której można orzec śmierć mózgu i pobierają od nich narządy, to ewidentny przykład nierzetelnego działania dziennikarskiego. Źródło informacji było przecież zupełnie niewiarygodne – lekarz usunięty z pracy za prowokację wymierzoną w swojego szefa, o czym też było głośno w mediach. Na szczęście prokuratura bardzo szybko oświadczyła, że nie znalazła dowodów na tego typu działania, a komisja ministra zdrowia, po przebadaniu dokładnie całej dokumentacji, potwierdziła, że we wszystkich przypadkach nie stwierdzono we krwi dawców leków, nie tylko barbituranów, ale i benzodiazepin. Ale, niestety, obciążający wydźwięk sprawy pozostał.

Jeżeli w tytule prasowym pisze się, że w szpitalu w Białymstoku mogło dojść do kilkudziesięciu zabójstw, to większość społeczeństwa zawsze odczyta, że do nich doszło. Lekarz za swoje błędy odpowiada. Może dziennikarz też za swoje błędy w sztuce odpowiedzieć powinien? Ich efekty, a także skutki konferencji prasowej ministra Ziobry są rzeczywiste, nie tylko medialne.

• **Mówi pan o spadku liczby przeszczepień?**

– Liczba pobrań narządów dramatycznie spadła. W styczniu w Polsce przeszczepiono 76 nerek i 22 wątroby, w lutym 44 nerki i

8 wątrób, a w marcu już tylko 20 nerek i 2 wątroby. To oznacza spadek przeszczepionych narządów od 60 do 80 proc!

Lekarze anestezjolodzy boją się wysuwać podejrzenie o śmierci mózgu i boją się rozmawiać z rodzinami o pobraniu narządów. Widać to wyraźnie i w województwie kujawsko-pomorskim, i w całej Polsce. Kilka dni temu mieliśmy możliwość rozpoznania śmierci mózgu i pobrania narządów od mężczyzny w średnim wieku i rodzina nie wyraziła zgody: „W życiu na to nie pozwolimy. On na pewno jeszcze żyje – mówili. – Dacie mu thiopental, a potem ukradniecie narządy i sprzedacie”. Jeżeli prasa pisze o transplantologach jak o złodziejach, mordercach i łapownikach, to natychmiast myśli się o nas, że handlujemy narządami. Rodziny chorych podejrzewają teraz wszystkich lekarzy transplantologów o nieczyste działania – o rozpoznawanie śmierci, gdy jej nie ma albo o chęć pobrania narządów, by je potem sprzedać. Strasznie trudno rozmawiać w takiej atmosferze. Efekt tego jest taki, że chorzy, którzy mogliby otrzymać narządy, umierają. Ci na dializach nie od razu, ale ci, którzy mogliby otrzymać wątrobę albo serce, fizycznie umierają!

• **Rodziny częściej odmawiają pobrania narządów od ich bliskich?**

– Nie dochodzi nawet do odmów! Lekarze przestali stwierdzać śmierć mózgu. Wolą czekać na samoistne ustanie krążenia, by nie zostać oskarżonym przez jakiegoś pochopnego prokuratora albo dziennikarza o odłączenie respiratora i zabicie człowieka, w związku z czym nie dochodzi do dalszych etapów. Pomimo że nie zgadzam się z tym, rozumiem ich obawy. Uważam jednak, że jeżeli do śmierci mózgu dochodzi, lekarz powinien ją rozpoznawać. To nie kwestia światopoglądu, tylko biologii.

• **Rozmawiał pan o tym z anestezjologami?**

– Rozmawiałem. Artykułują swoje obawy. Nie chcą sobie stwarzać problemów, kiedy nie muszą. Po co stawiać twarzą w twarz z pełną podejrzeń i oskarżeń rodziną. A jeśli niektórzy przedtem nie byli przekonani do tego typu działania, to teraz jest to znakomity argument, żeby te wątpliwości podtrzymać. Wyraźnie widać, że atmosfera, która panuje w tej chwili, nie będzie sprzyjała pobieraniu narządów.

• **Ile osób może stracić życie z powodu obecnego kryzysu w transplantologii?**

– Średnio, miesięcznie, przeszczepiano w Polsce od 17 do 20 wątrób, w marcu 2007 r. tylko 2 osoby otrzymały narząd, co oznacza, że około 17 chorych nie uzyskało skutecznej po-

mocy. Wątroba jest narządem, który przeszczepia się w stanie skrajnego zagrożenia życia, dlatego kilkadziesiąt procent z tych osób albo już umarło, albo umrze. Działania edukacyjne, które prowadziliśmy przez wiele lat, zostały zmarnowane.

• **Mówiliśmy, że anestezjolodzy boją się stwierdzać śmierć mózgu, boją się też komisje orzekające, boją się lekarze transplantolodzy, ale chyba najbardziej boją się pacjenci oczekujący na przeszczep narządu. Boją się, że go nie doczekają...**

– Teraz obawiają się nie tylko tego, że go nie doczekają, ale też samych lekarzy. Ostatnio pacjent nie chciał przyjechać na przeszczepienie, bo się bał, że zrobimy mu krzywdę. To straszne, że te resztki zaufania, które istniały pomiędzy społeczeństwem a społecznością lekarską, zostały zerwane. W 1993 r. wróciłem do Polski z Anglii. Pracuję tutaj 13 lat i nigdy nie miałem chęci wyjazdu z tego kraju. Po raz pierwszy realnie zastanawiam się nad możliwością opuszczenia Polski. I to z przyczyn zawodowych, nie finansowych, czy jakichkolwiek innych.

• **Trudno być transplantologiem w atmosferze pełnej podejrzeń i oskarżeń?**

– Uważam, że czynię dobro. Transplantologia oparta jest na zdrowych, rzetelnych zasadach.

Rozpoznawanie śmierci mózgu i pobieranie narządów od zmarłych również. I nie widzę powodu, dlaczego pod wpływem nierozsądnych działań miałbym od mojej pracy odstąpić. Czuliłbym się wtedy złamany.

Na pewno taka atmosfera niszczy radość pracy. Zawsze bardzo sobie ceniłem kontakt z pacjentami, poczucie zaufania,

Kujawsko-pomorskie: w styczniu przeszczepiono 2 nerki, w lutym 8, w marcu 2

którego starałem się nie zawodzić. Ci, których znam – mam nadzieję – że ciągle mi ufają, ale z nowymi pracuje się trudno i bardzo trudno rozmawia się z rodzinami.

• **Czy wprowadzenie zapisu w konstytucji na temat ochrony życia człowieka od poczęcia do naturalnej śmierci może być kolejnym zagrożeniem dla transplantologii?**

– Nie, chyba że wrócimy do definicji śmierci jako ustania krążenia i oddychania, czyli określeń z okresu Odrodzenia. Na razie powszechnie przyjętym światopoglądem, przyjętym również przez Kościół katolicki, jest przekonanie, że człowiek umiera wtedy, gdy umiera jego mózg, niezależnie od czynności pozostałych narządów.

• **Jak można pomóc polskiej transplantologii?**

– Tutaj jest olbrzymia rola ministra zdrowia, też transplantologa, który swoją sławę zawdzięcza właśnie przeszczepom. Za akt odwagi i przyzwoitości poczytałbym, gdyby minister sprawiedliwości oraz dyrektor CBA przyznali się do błędu w oskarżeniu Mirosława G. o zabójstwo. Istotną rolę ma tu też wsparcie duchowieństwa dla transplantologii. Czekamy również na zdecydowane stanowisko izb lekarskich w obronie tej bezpośrednio zagrożonej dziedziny medycyny oraz na głos krajowego konsultanta z dziedziny transplantologii. Duża tu także rola pacjentów, po przeszczepach.

Nie tylko dla aniołów

Marek Stankiewicz

Izba lekarska i lekarskie związki zawodowe przypominają czasem rodzeństwo przyrodnie, dzieci tego samego ojca i różnych matek. Tak jak każde rodzeństwo przeżywają lepsze i gorsze chwile, a to czują się, a to okładają kuksańcami, by znów darzyć się prawdziwym braterskim uczuciem. Przyczyną nieporozumień brata z siostrą bywa najczęściej skryta lub jawna rywalizacja, z której na szczęście w końcu wyrastają.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL) nie raz kierował pretensje do działaczy izbowych za brak zdecydowania, kunktatorstwo, a nawet strach wobec pogroźek krewkich szefów resortu zdrowia. Padały nawet mocne słowa i groźnie brzmiące deklaracje, ale zwykle, kiedy kurz bitewny opadał, ściskano sobie dłonie. Już się zdawało, że gdzieś się podziały dawne emocje. W wielu kręgach izbowych pozbyto się obaw o syndykalizację samorządu. Wielu dawnych działaczy związkowych wygrało wybory do władz izbowych i dziś nie rozpamiętują gorzkich chwil, kiedy stawiano ich do kąta w izbowych salonach.

Samorząd niezmiennie wyjaśnia, że uprawnienia jakie wyznacza mu art. 17 Konstytucji, nie wykraczają poza reprezentowanie środowiska i sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Niemała część środowiska lekarskiego, rozbudzona nadzieją przełomu ustrojowego z 1989 r., chciałaby widzieć w samorządzie sprawczą rękę materialnego powo-

zdenia i dobrobytu, o sile i muskułach „Super-Solidarności”.

Strajk regulują zupełnie odmienne przepisy niż te, które zawarto w ustawie o izbach lekarskich. Samorząd lekarski będąc obowiązkowym zrzeszeniem wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów praktykujących w Polsce oraz instytucją prawa publicznego nie może w żadnym stopniu angażować się w ich organizowanie, a nawet zachęcać do udziału w nich. To domena związków zawodowych. Strajk może być tylko i wyłącznie ostatecznym sposobem domagania się poprawy warunków pracy i płacy – wyjaśniał na specjalnej konferencji w NIL **Konstanty Radziwiłł**. Każdy dodatkowy inny postulat strajkujących lekarzy, np. zmian systemowych, czy: „aby poprawiło się pacjentom”, jest niestety niezgodny z prawem. Należy podkreślać, to co zresztą jest oczywiste zgodne z prawdą, że, szczęśliwi lekarze, którzy są dobrze wynagradzani i pracują w godnych warunkach są sprzymierzeńcami interesu chorych – dodaje Radziwiłł.

Prezes NRL przypominał, że samorząd stale korzysta z „pokojowych” form nacisku: opiniuje rocznie kilkadziesiąt projektów rządowych, proponuje własne inicjatywy legislacyjne np. dotyczące płacy minimalnej i warunków kształcenia podyplomowego, stymuluje i popiera obywatelskie inicjatywy ustawodawcze, ustala ogólne warunki zawierania umów. Gdyby nie nasze interwencje, prawo medyczne byłoby o wiele gorsze – zauważa Radziwiłł. Samorząd koordynuje działania różnych organizacji, tak jak w ub.r. marsze protestacyjne. Na ogół strajki nie kończą się zrealizowaniem wszystkich postulatów. Czasem potrzebna jest mediacja i troska o bezpieczeństwo protestujących. Warto przypomnieć udaną inicjatywę mediacyjną prezesa NRL, która pozwoliła na zakończenie ostrego konfliktu w szpitalu MSWiA w Łodzi w maju ub. roku.

Strajk lekarzy to w ogóle osobliwa figura retoryczna. Żadna akcja protestacyjna, w której dotychczas wzięli udział lekarze, nie była tak naprawdę strajkiem *ex definitione*. Nawet ta ubiegłoroczna w łódzkim szpitalu MSWiA, po której Ludwik Dorn chciał obuć lekarzy w żołnierskie kamasze. Lekarze krzatali się po oddziałach, przyjmowali chorych, oceniali wyniki badań, ordynowali leczenie. Często, za nieobecnych kolegów, wszystko robił dyżurny na oddziale. Sam Krzysztof Bukiel, niekwestionowany lider OZZL, przyznaje, że strajk lekarzy to tylko zastępcza forma nawiązania merytorycznego dialogu pracodawcy z pracownikami, i środowiska lekarskiego z rządzającymi.

Bez względu na to czy protest taki jest strajkiem, czy tylko jest tak nazywany, pozostaje domeną związku zawodowego. Na czynne zaangażowanie samorządu w organizację strajku tylko czekają politycy, i tak niechętni korporacji. Podejmować więc można tylko rozważne kroki, aby jednym fałszywym ruchem

nie poświęcić samorządu zawodowego, który jest dobrem samym w sobie – ostrzega K. Radziwiłł.

Wzajemne pretensje związku i samorządu wracają jednak, co jakiś czas w rytmie sinusoidy. Zawsze na szczycie ich eskalacji jest domaganie się przez OZZL poparcia izby lekarskiej dla radykalnych działań związku zawodowego, ze strajkiem włącznie. Nie inaczej jest również teraz.

Krzysztof Bukiel nie lubi, kiedy jego związek szufladkuje się wśród opisów i popisów związkowych, które mają wyłącznie złe konotacje w społeczeństwie. Nie należymy do ludzi, którzy dążą do uzyskania przywilejów kosztem reszty społeczeństwa – wyjaśnia, choć przyznaje, że związki zawodowe często tak właśnie funkcjonują. Zdaniem Bukiela, nie ma odrębnych problemów: niskich wynagrodzeń lekarzy i personelu, zadłużania się szpitali, korupcji czy utrudnionego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Każdy z nich to objaw tego samego groźnego schorzenia, jakim jest oparty na fałszu system opieki zdrowotnej. Nie da się, za niewielkie pieniądze wszystkim wszystkiego zapewnić bezpłatnie.

Bukiel przekonuje, że domaganie się wyższych wynagrodzeń, to nie tylko działanie w interesie grupy, lecz żądanie naprawy systemu. Przestrzega przed przewrotną argumentacją, że system będzie działał dobrze i wydolnie, gdy lekarze zrezygnują z upominania się o lepsze płace dla siebie. Chcemy czy nie, istnieje rynkowa wycena pracy lekarza, którą wszyscy doskonale wyczuwają. Lekarz źle wynagradzany robi wszystko, aby tę wycenę pracy podnieść. Zaczyna oszczędzać siły na pracę na kolejnych etatach, a jego pacjenci są zdezorientowani i zagubieni – argumentuje Bukiel.

Czy można zatem odrzucić strajk jako formę domagania się zmiany systemu opieki zdrowotnej? Co lekarzom pozostanie w zamian? Czy można zgadzać się na nieetyczny system? – pyta Bukiel i zachęca samorząd lekarski, jako strażnika etyki lekarskiej do... strajku. Wg Bukiela, nadzór samorządu nad wykonywaniem zawodu, orzecznictwo i sądownictwo zawodowe służą jedynie do wyszlifowania postaw, które kształtują się jedynie poprzez etyczny system opieki zdrowotnej.

– Tylko anioły, gdyby nimi byli lekarze i pacjenci, mogłyby funkcjonować w obecnym systemie, bez obawy o demoralizację. Zamiast pytać o etyczną ocenę

strajkowania lekarzy, zapytałbym o etyczne skutki niestrajkowania w tej sytuacji, jaką mamy dzisiaj – zachęcał do refleksji Krzysztof Bukiel.

Na wielu okręgowych zjazdach lekarskich w marcu br. w ogóle nie dyskutowano o strajku ani żadnej alternatywie dla niego. Są regiony, gdzie aktywność związku jest minimalna. Coraz rzadziej formą zatrudnienia lekarzy jest umowa o pracę. Coraz powszechniej stosunek pracy określa kontrakt, nie mówiąc o sytuacji, kiedy lekarz sam dla siebie jest pracodawcą. Dylematy etyczne nie omijają także lekarzy, którzy pełniąc obowiązki dyrektorów szpitali, podpisują nieoszacowane i niekorzystne kontrakty. Różnorodność warunków pracy wymusza różne formy protestu – zauważa **Włodzimierz Bednorz**, szef komisji etyki NRL. W Lublinie, gdzie izba lekarska uchodzi od kilku lat za bastion OZZL, a szlify obu organizacji dumnie widnieją na izbowej kamienicy przy Chmielnej, delegaci owszem poparli słuszne postulaty związku, ale pod warunkiem, że ich realizacja nie będzie sprzeczna z art. 67 Kodeksu Etyki Lekarskiej *lekarz decydujący się na uczestniczenie w zorganizowanej formie protestu nie jest zwolniony od obowiązku udzielania pomocy lekarskiej, o ile nieudzielenie tej pomocy może narazić pacjenta na utratę życia lub pogorszenie stanu zdrowia*. Podkreślenie tego faktu ma kolosalne znaczenie propagandowe, ponieważ chorzy nie zasługują na to, aby zostać ofiarami sporu lekarzy z ich pracodawcami. Nie strajkujemy po to, by pacjentom dokuczyć – żył się Bukiel.

Jeżeli akcja nie będzie powszechna, nie ma mowy, aby się udała. Nie każdy zakład opieki zdrowotnej jest w tak samo złej kondycji finansowej. Strajk nie jest łatwo rozpocząć, ale jeszcze trudniej go poprowadzić, a najtrudniej zakończyć tak, aby nie wyjść z niego poobijanym – ostrzega **Andrzej Ciolko**, szef lubelskiego samorządu i działacz OZZL.

Spyry akademickie nie mogą przysłonić groźby, że strajk może się w ogóle nie udać. Ogromne rzesze środowiska lekarskiego nie są przygotowane emocjonalnie na strajk, a nawet się go obawiają, bo mają rozbieżne interesy – ostrzega **Wiesław Dec**, anestezjolog z Głogowa. Kto będzie dyżurował, jak lekarze będą mniej pracować – pytają ordynatorzy. To tylko niektóre dylematy tych, którzy mają uczciwe zama-

ry, a co z tymi, za którymi stoją nieczyste intencje – zastanawia się dr Dec.

K. Bukiel utrzymuje, że samorząd lekarski istnieje po to, aby zmobilizować rozproszone i pozytywne siły. Prezes Radziwiłł odpowiada, że samorząd jako powszechna organizacja lekarzy i lekarzy dentyistów nie może nikogo zmuszać do strajku, narzucać przekonania o moralnym jakoby przymusie strajku, ani tym bardziej potępiać kogokolwiek za nie sprzyjanie strajkowi. Udział w strajku daleko wykracza poza zwykłe zobowiązanie, nawet jeżeli moralnie jest niemal oczywiste, że warunki w których przyszło pracować lekarzom są urągające godności lekarzy i chorych.

Jolanta Orłowska-Heitzman, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przewiduje, że w wyniku strajku, mogą trafić skargi na nieudzielanie pomocy i naruszenie praw pacjenta, ale

Żadna akcja protestacyjna, w której dotychczas wzięli udział lekarze, nie była tak naprawdę strajkiem

również oskarżenia o uchylanie się od strajku. Samorząd to nie partia polityczna i o dyscyplinie nie może być mowy – twierdzi stanowczo rzeczniczka.

Przypomnijmy, że VIII Krajowy Zjazd OZZL jesienią ub.r. zdecydował o ogólnopolskiej akcji, której celem jest zasadnicza zmiana statusu zawodu lekarza w Polsce, w tym zwłaszcza poziomu wynagrodzeń uzyskiwanych przez lekarzy w placówkach publicznej ochrony zdrowia oraz zmiana warunków pracy (objęcie lekarzy powszechnymi przepisami dotyczącymi czasu pracy i „nadgodzin”).

Akcja OZZL polega na przystąpieniu do sporów zbiorowych z dyrekcjami Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przez organizacje terenowe. Jednocześnie ze sporami zbiorowymi są prowadzone działania zmierzające do tego, aby lekarze byli objęci powszechnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi czasu pracy (uznanie dotychczasowego dyżuru medycznego jako praca w godzinach nadliczbowych, zakaz zmuszania lekarza do pracy w nadgodzinach powyżej powszechnie obowiązujących norm).

fot. Marek Stankiewicz



Krzysztof Bukiel: Tylko anioły, gdyby nimi byli lekarze i pacjenci, mogłyby funkcjonować w obecnym systemie, bez obawy o demoralizację.



Delikatna materia zaufania

Krystyna Knypl

Wszyscy dobrze wiemy, jak ważnym czynnikiem dla pomyślnego przebiegu terapii jest zaufanie pacjenta do lekarza.

Ten niezwykle ważny problem nie doczekał się poważnych analiz, w wyniku których moglibyśmy określić, co decyduje o zaufaniu. Dobrze natomiast wiemy z obserwacji życia codziennego, jakie mechanizmy niszczą zaufanie pacjentów do lekarzy.

Niszczarka doskonała

Rolę niszczarki doskonałej – urządzenia biurowego reklamowanego na niektórych konferencjach prasowych – odgrywają wszelkie sensacyjne opisy utrzymane w tonie niekończącego się pościgu za błędami, niedociągnięciami czy poważnymi naruszeniami kodeksu karnego w rzekomym wykonaniu lekarzy. To w tych właśnie, a nie innych czasach stworzono pojęcie tzw. faktu prasowego, czyli czegoś, co zawsze istnieje w mediach i rozgorączkowanej wyobraźni czytelników, a rzadko występuje w świecie realnym. Ostatnie wydarzenia, które dotknęły polską transplantolo-

gię dobitnie wskazują, jak łatwo zniszczyć zaufanie i jak dalekosiężna jest niszczycielska moc niegodziwych manipulacji. W ferworze codziennych konferencji prasowych nie zawsze pamięta się o tym, że zaufanie jest procesem, i to dwustronnym. Zaufanie może się rozwijać jedynie na gruncie wzajemnie dobrych relacji. Nie jest przecież możliwe wystąpienie klimatu zaufania w odniesieniu do kogoś, kto nam nie ufa.

W badaniu CBOS z 2001 r. zaledwie 16% pacjentów ma do nas bardzo duże zaufanie, a dość duże 64% ankietowanych. Nietrudno obliczyć, że nie ufa nam 20% naszych podopiecznych, co obrazowo można przedstawić tak: co piąty wchodzący do gabinetu nie ma do nas zaufania. Może pewnym rozwiązaniem byłoby przyjmowanie nie więcej niż czterech pacjentów każdego dnia za odpowiednio wysokim honorarium?

Współczesne kierunki administrowania opieką medyczną wiele uwagi po-

święcają namacalnym i sprawdzalnym wskaźnikom relacji lekarz-pacjent. Dokumentacja, wynik badania, rejestr w komputerze, dopełnienie procedur – to da się policzyć, ergo sprawdzić. Gloryfikacja przez sfery menedżerskie uprawiania medycyny opartej na procedurach pozbawia nas intelektualnych wyzwań, odziera naszą pracę z pierwiastka humanitarnego. We współczesnej medycynie (a raczej w świecie świadczeń medycznych), w której wszystko można sprawdzić i policzyć umyka zjawisko tak niepoliczalne jak zaufanie, współczucie czy empatia. Mam nieodparte wrażenie, że niedługo jakiś nawiedzony administrator mający najlepsze teorie nieskażone żadną praktyką lekarską wymyśli procedurę okazywania współczucia pacjentowi. Z pewnością jednak nie doczekamy się procedury okazywania szacunku i uznania lekarzowi.

Nie wstydę się marzeń

Marzy mi się zainicjowanie ogólnopolskiej akcji pod hasłem „Pisać po ludzku!” skierowanej do mediów publicznych, dyskusja z udziałem prominentów wysokonakładowych gazet i publiczne przeproszenie obecnego na sali lekarza, który w wyniku aktywności niektórych mediów doznał naruszenia prawa do czci, honoru i godności.

Założyłabym też fundację „Pisać po ludzku!”, która zbierałaby wypowiedzi lekarzy znieważonych i obolałych, a także promowała odpowiedzialne i rzetelne dziennikarstwo, zwłaszcza tę jego gałąź, która tematycznie dotyczy ochrony zdrowia.

Wszelkie rankingi popularności lub prestiżu są umownym odzwierciedleniem opinii badanej grupy ludzi (przy znanym założeniu cyników, że grupa ma opinię). W pewnej ankiecie opytano grupę rodaków o skojarzenia słów „rzetelność i uczciwość” z różnymi zawodami. Dla przypomnienia, słownik języka polskiego rzetelność definiuje jako „uczciwość, sumienność, solid-

ność”. I co się okazało? Jesteśmy „gorsi” w wyobraźni rodaków od:

- naukowców – nawet jeżeli mamy doktoraty, habilitacje czy inne osiągnięcia naukowe,
- pielęgniarek – nawet gdy wykonują one zlecenia wynikające z naszej wiedzy,
- nauczycieli – nawet gdy jesteśmy nauczycielami akademickimi,
- dziennikarzy – nawet gdy piszemy artykuły, powieści, wiersze,
- rzemieślników wykonujących różne usługi i naprawy – nawet gdy operujemy!

Nie dziwię się przegranej z rzemieślnikami – wszak nie pojawiają się w reklamach telewizyjnych w kolorowych kombinezonach i nie wymieniamy grzałki zniszczonej przez twardą wodę ani też nie przetykamy rur w łazience w ramach drobnych napraw. Podczas takiej reklamy każdy rodak i rodaczka może ulec złudzeniu, że dziarski fachowiec był w jego właśnie domu – jak tu nie cenić takiego człowieka, który udrożnił rury – co prawda wirtualnie, ale to inna bajka.

Przetykanie analogicznych rur w sercu nie cieszy się uznaniem rodaków, bo i tak wszystko się *należy*, więc nie ma powodu szanować *darmochy*. Marna to pociecha, że w rankingu kroczyliśmy ramię w ramię z duchownymi, ani nie wesołego, że najmniej uznania w oczach ankietowanych mają posłowie na sejm i politycy. Ci, którzy troszczą się o stan ducha i ciała, *przegrywają* z tymi, którzy naprawiają kamasze, rury i grzałki. Czy to polska osobliwość, czy cały świat myśli podobnie? Nie szukając daleko, bo w Republice Czeskiej – jak donoszą „Lidovky”, popularna gazeta codzienna – lekarze cieszą się wysokim szacunkiem społecznym, a na dodatek godziwie zarabiają. Niezmiennie od 1996 r. we wszystkich rankingach zajmują pierwsze miejsca!

Zbiorowa odpowiedzialność

Często adresowane do naszego środowiska sugestie odnoszone są do wszystkich posiadaczy dyplomu lekarza. Tymczasem nie ma zbiorowej odpowiedzialności, zbiorowego brania łapówek, zbiorowej niekompetencji. Każdy z nas wykonuje zawód lekarza pod własnym nazwiskiem i na osobistą odpowiedzialność.

Odpowiedzialność zbiorowa to dyktatorski wynalazek i znakomita metoda gnębienia środowiska zachowującego

niezależność od propagandy. Publiczne wyznanie domniemyanych win i pokajanie się było ulubioną strategią aktywistów ZMP. Polskie ziemiaństwo w czasach komunistycznych było łżone i znieważane, a dzieci wywodzące się z tej sfery, chcące dostać się na studia, były zmuszane do potępienia ojców oraz „odcinania się i oczyszczania” od złych wpływów środowiskowych. Odcinam się od odcinania, bo mi to zbyt przypomina sowiecką propagandę.

W programie ubiegłorocznego kongresu naukowego *American Association for Public Opinion Research* (<http://www.aapor.org/>) jednym z tematów obrad był wpływ mediów na nowe obawy zdrowotne. Tak! To media kreują dziś pseudorzeczywistość z siłą nigdy wcześniej nie spotykaną. Polski pacjent boi się wyłącznie wirtualnych strachów, zachowując kamienny spokój wobec swojego niezdrowego stylu życia i obficie konsumowanych nałogów. Polskie dzieci mają fobie pneumokokowe, bo upiorny głosik co rano woła w radiu „stop pneumokokom!”, ale nie boją się brudnych rąk, narkotyków, sterydów i innych poważnych czynników osłabiających naturalną odporność organizmu. Dlaczego zatem lekceważy się poważne zagrożenia? Bo nikt nie woła „stop brudnym rękami!”

Władanie czyjąś wyobraźnią daje potężną siłę, warto, by towarzyszyła jej roztropność i odpowiedzialność. Słowa nie tylko leczą lub zabijają, ale nieodpowiedzialnie użyte przede wszystkim wykoślawiają i deformują ludzką wyobraźnię. Miniona epoka miała tak poważne osiągnięcia w tej materii, że nie wolno ponownie wkraczać na drogę sowietyzacji ludzkiej wyobraźni.

Bilans strat i zysków

W szerokiej sferze usług, jakie ludzie nawzajem sobie świadczą, lepiej pracuje się w atmosferze zaufania, ale jest ono bardziej potrzebne temu, kto korzysta z usługi niż temu, kto ją świadczy. Każdy, kto świadomie niszczy zaufanie, wyrządza nieodwracalną krzywdę przede wszystkim usługobiorcy – niezależnie od tego, czy nazywa się uczniem, klientem czy pacjentem. Warto znać tę prawdę.

Dziękuję wszystkim korespondentom, każdy e-mail przynosi mi wiele satysfakcji. Jak zawsze czekam na listy od Kolegów pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Zagadnienie bezpieczeństwa stosowania leków ma wiele aspektów – składa się na owo bezpieczeństwo produkcja, właściwa ordynacja i jej realizacja na poszczególnych etapach. Prawa bezpieczeństwa stosowania leków powinna być przedmiotem energicznych działań zarówno na szczeblach organizatorów systemów ochrony zdrowia, jak i indywidualnych realizatorów poszczególnych etapów ordynacji.

Nasza kolejna recepta – zagadka wydaje się być łatwa, ale trochę trudności jest w odczytaniu ostatniego leku. Będę ciekawa jak Koledzy poradzą sobie z jego rozszyfrowaniem. Mnie nie udało się tego zrobić samodzielnie i musiałam wesprzeć się wiedzą i talentem grafologicznym zaprzyjaźnionych farmaceutek, które chcą pozostać *in cognito* – niemniej jednak serdecznie im dziękuję za okazywaną pomoc nie pierwszy już raz. Laureatami naszej kolejnej edycji konkursu zostali dr Anna Szeliga z Krakowa oraz dr Bogusław Przybył z Bydgoszczy. Gratulujemy!

Czekam na maile pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

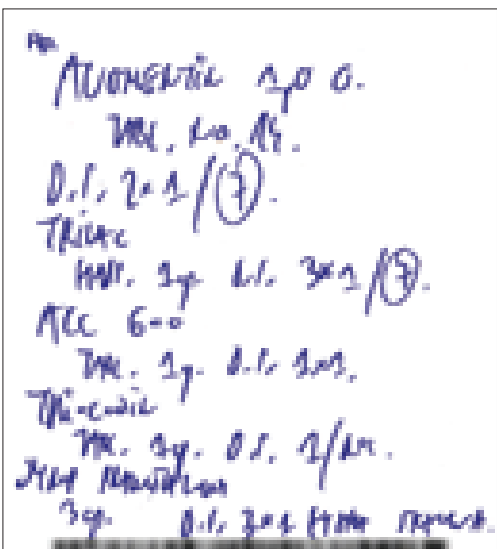




foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Konwent Przewodniczących OIL 25 III 2007

Gościem posiedzenia był przew. Zarządu Krajowego OZZL Krzysztof Bukiel. Członkowie Konwentu zapowiedzieli **pomoc dla wszystkich lekarzy, którzy znaleźliby się w potrzebie w związku z udziałem w ewentualnych akcjach protestacyjnych**. Stwierdzali, że izby lekarskie będą służyły wsparciem eksperckim i ewentualną pomocą mediacyjną, jeśli zajdzie taka potrzeba. Zwrócili się do OZZL o pomoc w zbieraniu podpisów pod obywatelskim projektem ustawy w sprawie regulacji minimalnej płacy dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Członkowie Konwentu wyrażali opinię, że w zakresie zabiegania o podwyżki wynagrodzeń należy kontynuować współpracę z przedstawicielami innych zawodów medycznych – sygnatariuszami Krajowego Komitetu Porozumiewawczego Na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.

Prezydium NRL – 30 III 2007

Prezydium NRL zajęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie **umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych**. Zostało podtrzymane stanowisko o zasadności powierzania samorządowi lekarskiemu, wykonywania czynności administracyjnych związanych z systemem uzyskiwania umiejętności, w tym prowadzenia listy podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie umiejętności (analogicznie jak ma to miejsce w odniesieniu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie ustawiczne lekarzy i lekarzy dentyistów). Za zasadne wskazano uwzględnienie przedstawicieli towarzystw naukowych w procedurze opracowywania programów szkoleń, jak również w składzie komisji.

Prezydium NRL zajęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie **standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej** w zakładach opieki zdrowotnej. Stwierdzono, że podjęcie tej regulacji należy uznać za całkowicie zbędne. Standardy postępowania i procedury medyczne są przedmiotem studiów medycznych. Nadawanie im charakteru formalno-prawnego jest błędem, bowiem z przyczyn oczywistych regulacja taka będzie zawężona i będzie się dezaktualizować wraz z postępem medycyny.

NRL – posiedzenie 13 III 2007

NRL dyskutowała nad sposobem **organizacji oddziałów szpitalnych**. NRL przyjmuje do wiadomości, że pod adresem funkcjonującego w polskich szpitalach systemu ordynatorskiego, zgłaszane są zastrzeżenia m.in. dotyczące trybu wyłaniania ordynatorów oraz zależności między ordynatorami i ich asystentami. NRL uważa, że występujące patologie należy likwidować, ale jest zdania, że zmiana systemu kierowania oddziałami, bez odpowiedniego przygotowania tego procesu, przyniesie więcej zagrożeń i automatycznie tych patologii nie zlikwiduje. Może natomiast doprowadzić do rozmycia się odpowiedzialności za leczenie chorych oraz kształcenie podyplomowe lekarzy. NRL nie neguje możliwości zmian w procedurze wyłaniania osób, kierujących oddziałami szpitalnymi. Podkreśla jednak, że pozbawienie samorządu lekarskiego wpływu na wybór takich osób oraz, w przypadku rezygnacji z konkursowego trybu ich wyłaniania, całkowite ich uzależnienie od dyrektorów szpitali, nie jest rozwiązaniem właściwym. Proponowane przez MZ zmiany w kilku rozporządzeniach, polegające na usankcjonowaniu niezgodnej z duchem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zdarzającej się praktyki ustalania „kierowników” oddziałów szpitalnych z pominięciem konkursu ordynatorskiego, nie oznaczają żadnej zmiany systemu, i mogą prowadzić jedynie do pogorszenia się organizacji tych oddziałów.

NRL **negatywnie zaopiniowała nowy projekt ustawy o krajowej sieci szpitali**. Na tym etapie zaawansowania merytorycznego jest to projekt, który wymaga dalszych prac studialnych, w których aktywny udział deklaruje samorząd lekarski. W szczególności jednak NRL uważa, że celem ustawy powinno być przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez gwarancję zachowania sieci szpitali tworzonej na podstawie zdefiniowanych na danym obszarze potrzeb zdrowotnych (w szczególności zabezpieczenia na wypadek wojny i katastrof) określonych liczbą łóżek w poszczególnych specjalnościach medycznych (na 10 000 mieszkańców, odległość do najbliższego szpitala), a nie budowa kosztownej biurokratycznej struktury, która będzie służyć samej sobie.

NRL **zaopiniowała projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich**. Projekt ustawy zmieniającej ustawę o izbach lekarskich **ogólnie zasługuje na akceptację**, gdyż zawiera wiele regulacji oczekiwanych przez środowisko lekarskie. NRL z satysfakcją stwierdza, że w przeważającej części jest on zbieżny z projektem przygotowanym przez samorząd lekarski. Jednakże wprowadzono doń zmiany, których nie można zaakceptować, ponieważ zakłócają spójność regulacji. Wprowadzono również nowe, niezgłoszone przez NRL propozycje dotyczące spraw organizacyjnych. Został wyrażony

zdecydowany sprzeciw wobec planowanego w art. 1 pkt 1 dostosowania obszarów działania okręgowych izb lekarskich do obszarów województw. Zmiana istniejącego podziału terytorialnego jednostek samorządu (niezgodnie z decyzjami środowiska lekarskiego) doprowadziłaby do likwidacji 7 okręgowych izb lekarskich, i do paraliżu działalności całego samorządu. Brak jasno określonych przesłanek merytorycznych jest szczególnie widoczny przy porównaniu z analogicznymi regulacjami dotyczącymi innych samorządów zawodowych, z których wynika ogólna zasada, iż samorząd sam określa swoje struktury organizacyjne.

NRL **po zapoznaniu się z poselskim projektem ustawy o zasadach prowadzenia polityki społecznej uznaje, że w części odnoszącej się do ochrony zdrowia, projekt nie powinien zostać uchwalony**. Zasadnicze zadania w zakresie planowania polityki społecznej projekt powierza innym ministrom niż ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia ma następnie realizować strategię, w przygotowaniu której nie miał wiodącego udziału. Sprawy ochrony zdrowia pomija natomiast wojewódzka strategia polityki społecznej mimo że należą one do kompetencji samorządu województwa.

Na stanowisko **Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki NRL** powołano Marka Czarakowskiego. Powołano **Radę Ośrodka Bioetyki NIL** w składzie: Z. Annusewicz, W. Bednorz, R. Krajewski i K. Radziwiłł

Z kalendarza Prezesa NIL

- Udział w redakcyjnej dyskusji na temat. odpowiedzialności za czyny i słowa w „Służbie Zdrowia”
- Spotkanie z p. M. Maurer z Infarmy na temat perspektywy współpracy w zakresie ustalenia zasad związków lekarzy z przemysłem
- List do Andrzeja Rysia, dyr. Dyrektoriatu C, DG SANCO – z prośbą o interwencję w sprawie problemów z uznawaniem kwalifikacji polskich lekarzy na terenie Niemiec.
- List do przewodniczących ORL – w sprawie przekazania za pośrednictwem OIL książki „Terminologia Procedur Medycznych CPT-PL 2006” konsultantom wojewódzkim
- List do członków Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia nt. wspólnego występowania na rzecz ustalenia minimalnych wynagrodzeń pracowników medycznych
- List do min. Zbigniewa Religi z prośbą o powstrzymanie urzędników MZ w ich słownych napaściach na samorząd lekarski.

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

REKLAMA

REKLAMA

Nowa odsłona astmy

Roczny koszt opieki nad źle leczonym chorym na astmę jest trzykrotnie wyższy niż nad leczonym prawidłowo. Astma zwiększa ryzyko rozwoju POChP 13 razy, a palenie tytoniu tylko 3 razy – ostrzega prof. Piotr Kuna, prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, gospodarz kwietniowej Konferencji Szkoleniowej PTA w Wiśle.

Konferencja zgromadziła ponad 1300 alergologów, pediatrów i pulmonologów z kraju i zagranicy, a oferta edukacyjna PTA była rzeczywiście na wysokim poziomie. Najnowszą i nowoczesną wiedzę mającą oparcie w nauce i praktyce klinicznej, wykładali najbardziej doświadczeni specjaliści. Dopiero od niedawna zrozumieliśmy, że to, co łączy choroby alergiczne to wspólny mechanizm i przyczyny, ale objawy mogą dotyczyć różnych narządów: skóry, nosa, oskrzeli, płuc, oczu czy przewodu pokarmowego – wyjaśnia prof. Kuna. Na choroby alergiczne w Polsce cierpi 15 mln osób, a liczba rośnie co roku o 15%. Czy dzisiejsze alergię są więc globalną epidemią – zastanawiało się „trzech tenorów PTA” (profesorowie: Piotr Kuna, Bolesław Samoliński i konsultant krajowy Jerzy Kruśzewski – na zdjęciu).

Liczna grupa polskich alergologów, m.in. Andrzej Szczeklik ze swym krakowskim zespołem, Marek Jutel, Marek Kowalski, Paweł Górski czy Cezary Pałczyński należą do najwybitniejszych specjalistów na świecie. Profesorowie Andrzej Szczeklik i Piotr Kuna są w ekskluzywnej setce najczęściej cytowanych na świecie. Dowodem uznania dla tego środowiska jest powierze-

nie Polskiemu Towarzystwu Alergologicznemu roli gospodarza Europejskiego Zjazdu Alergologicznego w 2009 r., gdzie spodziewanych jest 10 tys. gości z całego świata.

Jednym z najdonioślejszych wydarzeń konferencji PTA jest rozpoczęcie polskiego badania ICQ. Badanie dotyczy miejscowych działań niepożądanych związanych z leczeniem steroidami wziewnymi. W Polsce badanie epidemiologiczne zostanie przeprowadzone pod patronatem PTA. Autorem kwestionariusza ICQ jest prof. Thys van der Molen z holenderskiego Uniwersytetu Groningen. Jego kwestionariusz wyróżnia aż 57 rodzajów różnych skutków ubocznych związanych z głosem, mówieniem, odkrztuszaniem, dolegliwościami gardła, odczuciami smakowymi, higienicznymi, skórnymi i psychicznymi po stosowaniu kortykosteroidów. Kwestionariusz jest bardzo przystępny dla badacza, jak również badanego pacjenta, gdyż powstał na kanwie opisywanych przez chorych na astmę doświadczeń.

Badanie ICQ zaskakuje swoją dokładnością oraz ogólną liczbą i rodzajem opisywanych działań. Badanie ICQ uczy lekarzy, że przede wszystkim należy słuchać chorych. Jest doskonałym narzędziem oceny, czy zgłaszane działania

niepożądane są tak silne, aby mogły być przyczyną odstawiania leku przez chorego. Pozwala także podejmować właściwe decyzje terapeutyczne dotyczące redukcji dawki do najmniejszej skutecznej lub zmiany leku na pozbawiony działań miejscowych.

Dostępny na zasadzie ryczału od marca br. cyklezonid (Alvesco®) – nowy steroid wziewny) ma doskonałe rezultaty leczenia przy jednoczesnej redukcji ubocznych działań miejscowych. Jest to możliwe, gdyż lek przekształcany jest do formy czynnej dopiero w płucach, ma formę pro-leku. Dodatkowo, lek ulegając całkowitemu metabolizmowi w pełni chroni przed długoterminowymi działaniami niepożądanymi, np. zaburzenia wzrostu. „Jest to lek, który z naszego punktu widzenia jest doskonały dla pacjenta, bo jest lekiem bezpiecznym i bardzo skutecznym, z drugiej strony jest to lek w ocenie chorych przyjazny, lek, którego chcą używać, lek, po którym czują poprawę, a ponieważ mogą go brać bez jakichkolwiek obaw o to, że coś się stanie, mogą go stosować przez całe życie. Dzisiaj jest to po prostu mądry i rozsądny wybór dla większości chorych na astmę.” – konkluduje prof. Piotr Kuna.

tekst i fot. Marek Stankiewicz



Nadchodzą zmiany

Ministerstwo Zdrowia kończy konsultacje społeczne dotyczące projektu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich.

Rys. K. Rosiecki

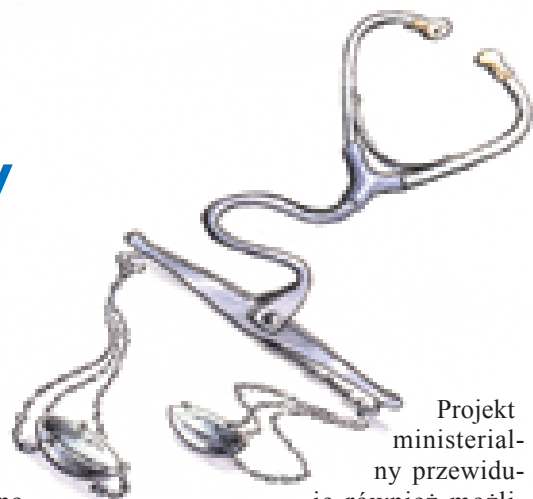
Od reaktywowania ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich działalności samorządu lekarskiego minęło 18 lat. Projektowana ustawa będzie dziewiątą nowelizacją „ustawy matki”, co w polskich warunkach jest oznaką rzadko spotykanej stabilności prawa. Tym razem przyniesie jednak sporą liczbę znaczących zmian: dla jednych będących skutkiem nagonki medialnej na środowisko lekarskie, dla innych zaś nieuchronną konsekwencją zmian w całym systemie prawnym.

Nowe przepisy zawierają bardzo szeroką definicję pokrzywdzonego oraz stanowią, że jest on stroną w postępowaniu, ze wszystkimi wynikającymi z tego uprawnieniami. Konieczność dokonania nowelizacji wynika m.in. ze zmian w procedurze karnej, na której oparte jest postępowanie odpowiedzialności zawodowej. Utrzymanie ogólnej zasady zgodności trybu postępowania pro-

wadzonego przez organy odpowiedzialności zawodowej z procedurą karną spowodowało konieczność zapewnienia stronom postępowania lepszej ochrony ich praw.

Obecnie obowiązujące przepisy ograniczają prawa pokrzywdzonego do złożenia skargi i występowania w pierwszej instancji w roli świadka. Zmiany dokonywane w Kodeksie postępowania karnego zmierzają do rozszerzenia uprawnień pokrzywdzonych w każdym rodzaju postępowania. Z tym wiąże się również wprowadzenie jawności postępowania przed sądami lekarskimi. Obecnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest jawne tylko dla członków samorządu lekarskiego. Autorzy zmian – jak wynika z uzasadnienia – mają nadzieję, że ograniczy to częste zarzuty kwestionujące obiektywność postępowania. Wprowadzenie nowej strony, czyli pokrzywdzonego i jego pełnomocników, może skomplikować postępowanie. Stąd pomysł powołania sędziów sądu powszechnego jako przewodniczących składów orzekających w Naczelnym Sądzie Lekarskim.

Projekt wprowadza rozszerzenie katalogu kar za przewinienia zawodowe. Do orzekanych dotychczas kar: upomnienia, nagany, zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu – dołączono karę pieniężną oraz kary ograniczające zakres wykonywanych przez ukaranego lekarza czynności administracyjnych (zakażenie pełnienia funkcji kierowniczych) lub czynności zawodowych. Dodatkową karą może być zarządzenie przez sąd publikacji orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której ukarany jest członkiem.



Projekt ministerialny przewiduje również możliwość odwołania od orzeczeń sądów lekarskich do sądu okręgowego – wydziału karnego (obecnie orzeczenia wydane przez Naczelny Sąd Lekarski są ostateczne). W efekcie zmian dotyczących organizacji samorządu lekarskiego wszelkie funkcje w samorządzie będą mogły pełnić tylko osoby niekarane, zaś w przypadku organów odpowiedzialności zawodowej – dodatkowo mające doświadczenie w wykonywaniu zawodu i niepełniące żadnych innych funkcji w organach samorządu.

Projekt stanowi, iż obszar działania poszczególnych okręgowych izb lekarskich pokrywać się będzie z podziałem administracyjnym na województwa. Dziś w kraju działają 22 OIL, których obszar działania obejmuje najczęściej kilka województw. Zmieni się też sposób finansowania samorządu. Środki na pokrycie kosztów określonych w ustawie czynności, przejętych od organów administracji państwowej, będą przekazywane z budżetu państwa jedynie na rzecz Naczelnej oraz Wojewódzkiej Izby Lekarskiej. Zgodnie z projektem, okręgowe izby lekarskie będą otrzymywać środki na ww. cele z budżetów właściwych województw.

Minister będzie mógł zaskarżyć do Naczelnego Sądu Administracyjnego sprzeczną z prawem uchwałę Krajowego Zjazdu Lekarzy, organu okręgowej izby lekarskiej lub Naczelnej Izby Lekarskiej pod zarzutem niezgodności z prawem. Zmiana sądu właściwego do rozpatrywania ww. spraw z Sądu Najwyższego na Naczelny Sąd Administracyjny wynika z faktu, iż ustawa przyznaje ministrowi właściwemu ds. zdrowia uprawnienia jedynie do kwestionowania uchwał pod kątem ich legalności. Jednocześnie nowelizacja przyznaje ministrowi prawo do zaskarżania uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy, którego uchwały nie podlegały dotychczas takiej kontroli.

BOJ

„Puls”, 4/2007

Nowa wersja

Poprzedni projekt ustawy o sieci szpitali przygotowany w Ministerstwie Zdrowia nie budził zachwytu nawet umiarkowanych zwolenników wolnego rynku. Tym bardziej nie zachwyci ich nowa wersja. Lansowane przez lata przesłanie „pieniądz idzie za pacjentem” próbuje się w nim zastąpić opartą na statystyce zasadą „szpital pójdzie za pacjentem”.

Podstawą tworzenia sieci ma być ogólnie określona optymalna liczba łóżek dla poszczególnych województw w 22 specjalnościach medycznych. Z załączników do projektów rozporządzeń możemy się dowiedzieć, ile ma być łóżek danej specjalności w 2012 r. I tak na Mazowszu, przy zakładanym 80-proc. obłożeniu, liczba łóżek w 2012 r. ma wynieść 21 890 (dla porównania w 2005 r. było ich 21 970).

Oszacowanie optymalnych wskaźników łóżek powierzono Państwowemu Zakładowi Higieny. Niestety, przedstawione uzasadnienia nie precyzują, w jakim stopniu uwzględniono – kluczową dla warunków Mazowsza – migrację pacjentów z innych regionów. W całym kraju ma ulec likwidacji 7400 łóżek.

Przewiduje się, że dochodzenie do tego wzorca opisanego wskaźnikami będzie trwało pięć lat; potem ma podlegać corocznej weryfikacji. Dokładne plany będą sporządzane przez działające przy wojewodzie regionalne rady ds. szpitali, a zatwierdzane przez ministra zdrowia, będącego jednocześnie przewodniczącym Krajowej Rady ds. Szpitali. W stosunku do poprzednich wersji projektu zmieniono zasady wynagradzania członków rad: nie będą oni otrzymywać wynagrodzenia (średnia krajowa) w miesiącach, w których nie będzie posiedzeń.

Do sieci szpitali może być włączony szpital „utrzymujący płynność finansową”, którego działalność „jest niezbędna dla zapewnienia optymalnej liczby łóżek szpitalnych”. Każdy oddział szpitala aplikującego do sieci kwalifikuje się do jednego z trzech poziomów referencyjnych: podstawowego, rozszerzonego lub wysokospecjalistycznego.

Szpital, które już w sieci się znajdują, będą podlegać różnym ocenom. I tak na podstawie wskaźników ekonomicznych każdy szpital może otrzymać do 100 pkt. Najniższa ma być kategoria „D” (15-20 pkt.). Jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał mniej niż 15 pkt.

– wykreśla się go z sieci. Innymi słowy, uznaje się go za trwale niezdolny do funkcjonowania w sieci.

Szpital włączony do sieci szpitali będzie również objęty zewnętrznym systemem monitorującym w zakresie wskaźników jakościowych, prowadzonym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie. Na podstawie badań ankietowych i wizytacji każdy szpital otrzyma jedną z trzech kategorii jakościowych. Może się więc zdarzyć sytuacja, w której szpital otrzyma najniższą kategorię finansową, a jednocześnie najwyższą kategorię jakościową. Oceny mają być podstawą do uzyskania rozmaitych premii przy zawieraniu umów z NFZ.

Zgodnie z projektem, pierwsze regionalne plany opieki szpitalnej mają powstać do 31.03.2009 r. Pierwsze wnioski o wpisanie do sieci będą składane przed 31.05.2008 r.

W ramach działań osłonowych w projekcie przewidziano możliwość refundacji przez Ministerstwo Zdrowia całości lub części kosztów kursów i szkoleń dla pracowników oraz ułatwienia w zdobyciu kredytów preferencyjnych. Autorzy projektu zakładają, że w sumie na pokrycie kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych bądź kwalifikacyjnych dla pracowników, w przypadku przekształcenia łóżek, należałoby przeznaczyć kwotę ok. 80 mln zł. Przyjęto następujący algorytm obliczenia tej kwoty: 7200 (łóżka do przekształcenia) x 2 (liczba pracowników na jedno przekształcane łóżko) x 5 500 (szacunkowy koszt kursu). Z kredytów preferencyjnych będą mogli skorzystać lekarze, z którymi rozwiązano umowę o pracę, jeśli podjęli oni działalność prywatną po 1 stycznia 2008 r. Do 80% umorzenia kredytu niezbędne będzie m.in. prowadzenie przez okres 3 lat prywatnej praktyki lekarskiej lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

BOJ

„Puls”, 4/2007

Może się okazać przysłowiową kulą w płot

Dariusz Hankiewicz

Projekt ustawy o krajowej sieci szpitali z 7 marca br. jest kolejną wersją, w której znowu przyjęto szereg błędnych założeń. W efekcie mogą skutkować chaosem w służbie zdrowia, po ich wprowadzeniu bez wcześniejszej korekty.



Zeby nie być gołosłownym należy się na początek odnieść do podstawowej przesłanki do opracowania całości projektu, czyli aktualnej sytuacji w zakresie hospitalizacji w Polsce przygotowanej przez Państwowy Zakład Higieny. Na tej podstawie mamy planować przyszłe potrzeby. Obecne dane faktycznie odnoszą się do sytuacji, jaką wytworzył rynek usług medycznych skonstruowany przez zmieniające się wyceny procedur, ich katalogi i poziom finansowania w poszczególnych kasach chorych, a następnie oddziałach wojewódzkich NFZ. I tak naprawdę jest obecnie wypadkową tych działań, a nie bezpośrednim odzwierciedleniem faktycznych potrzeb. Brak tu oparcia w danych z prognoz statystycznych (np. starzenie się społeczeństwa) czy *stricte* medycznych jak programy oceniające skale chorób np. układu krążenia udarów itp. I wynikające z tego zmieniające się w latach i perspektywie potrzeby – a więc fałszywe założenia to i fałszywa teza.

Nie odnoszę się tu do zasady, której moim zdaniem niestety w ogóle brak w projekcie, a mianowicie podziału na szpitale krótko- i długoterminowe. Brak tu również chirurgii jednego dnia. Choć jest tu wskazanie na swoistą uniwersalność oddziałów szpitalnych (oddział chirurgii w którym leczy się pacjentów z urologii, chirurgii, laryngologii itp.) Wynika to z tabel ilości łóżek, w których wrzucono do jednego worka kilka dzisiejszych podspecjalności medycznych. To jako jedno z głównych kryteriów wymieniono wskaźnik wykorzystania łóżek. A gdzie wobec tego zasada nad którą pracuje każdy ordynator, czy dyrektor szpitala, licząc koszty

– skracajmy maksymalnie pobyty. Ponadto inna zasada przyświeca leczonego na chirurgii a inna na... rehabilitacji, gdzie nie można wręcz skracać pobytu, bo przeczy to zasadzie terapii.

No tak – to znaczy ograniczymy liczbę łóżek, bo nam spadło wykorzystanie. Potem znów pracujemy nad skróceniem pobytu pacjenta... a potem po takich dwóch trzech „rundach”, co będzie stanowiło podstawę do określenia poziomu bezpieczeństwa na danym terenie? Te które jeszcze zostaną! A stąd przecież, między innymi, ma wynikać przesłanka do stworzenia regionalnego planu opieki szpitalnej, mówiącego o liczbie i rodzaju łóżek, a także zawierającego propozycje przekształceń szpitali nie spełniających kryteriów sieciowych.

A co wobec tego z personelem, który zredukujemy w międzyczasie? W normach zatrudnienia choćby pielęgniarzek jest algorytm i z niego będzie również wynikała redukcja! Podobnie, choć bez algorytmu spadnie „potrzeba” zatrudniania lekarzy. No chyba, że mamy równocześnie wykazać, że jeszcze i „jednych i drugich” nam „wystarczy”. To zresztą jest w założeniu ustawy likwidacja ok. 7400 łóżek tj. ok. 20 000 osób zatrudnionych w tych szpitalach. No ale dla nich ustawa przewiduje kredyty i odpawy.

Ale wróćmy do głównych założeń. Kwalifikacje do krajowej sieci realizuje Krajowa Rada ds. Szpitali po zapiniowaniu przez radę regionalną. W skład jednej i drugiej wchodzi przedstawiciele resortowych ministerstw, samorządu wojewódzkiego i powiatowego itd. W krajowej jest 11 a w regionalnej 9 członków. Ale żaden z nich zgodnie

z bezpieczeństwem tzw. antykorupcyjnym, **nie może być:**

- świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów (...),
- właścicielem zakładu opieki zdrowotnej (będącego świadczeniodawcą) ani jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcami,
- właścicielem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze lub medyczne,
- posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach (...) prowadzących podmioty j.w.

Ale ma być: osobą z wyższym wykształceniem, nie skazanym prawomocnym wyrokiem, posiadającą wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady (!).

Porównując te wymogi należy zadać pytanie, a gdzie mamy dzisiaj kuźnie takich kadr, które będą niebawem decydować o kształcie szpitalnej służby zdrowia w Polsce.

A może to właśnie mają być teoretycy, a nie praktycy. To rzeczywiście ciekawe założenie.

No i nasuwa się jeszcze jedno pytanie. W Polsce ponad 55 % to szpitale powiatowe. O ich działanie dzisiaj opiera się głównie leczenie szpitalne dla „Polaka szaraka”. Przedstawiciel powiatów na szczelbu inicjującym i opiniującym, czyli w Krajowej Radzie stanowi jeden głos. Podobnie na szczelbu opiniującym czyli regionalnym. To relacje odpowiednio 9 do 11 i 7 do 9 bo wyłączam tu jako bezstronnego przedstawiciela NFZ w każdym głosowaniu. I niech mnie nikt nie przekonuje że nie

będzie tu żadnego lobowania. Jeśli ma być do końca, jak chce ustawodawca, *fair*, to należy to zmienić. I to na obydwu poziomach.

Mamy tu jeszcze jeden rodzynek w postaci poziomów referencyjnych dla oddziałów. To minister zdrowia ma określić w rozporządzeniu do ustawy, szczegółowe kryteria kwalifikacyjne (myślę, że w porozumieniu i w oparciu o opinię konsultantów wojewódzkich i krajowych). Jeśli tak, to rzeczywiście możliwy jest scenariusz, że poziom II czyli rozszerzony będą miały tylko oddziały np. w miastach wojewódzkich. Co zakończy wreszcie spory o istnienie oddziałów specjalistycznych w tzw. terenie. I np. w województwie łódzkim będzie np. 200 łóżek laryngologicznych i wszystkie... w Łodzi.

W zaproponowanych rozwiązaniach szczegółowych brak jest również odniesień do wzrastającej dynamicznie potrzeby liczby łóżek najwyższego priorytetu OIOM, OIOK, SOR, OIT, OION. Wiąże się to z zagrożeniami cywilizacyjnymi i wzrostem statystycznym stanów nagłych tak w kardiologii i neurologii jak i medycynie katastrof. Takie dane dostępne są w krajach europejskich.

Brakuje również w systemach tabelarycznych projekcji starzenia się naszej populacji. A więc zaplanowanych wzrostów łóżek opieki długoterminowej. Cywilizacja niesie ze sobą jeszcze jeden problem – choroby psychiczne. I tu brak odzwierciedlenia i perspektyw w przedłożonym projekcie.

Podsumowując należałoby stwierdzić: na tym etapie jest to projekt, który wymaga jeszcze prac studialnych, a oprócz danych z PZH należałoby uwzględnić te będące w posiadaniu samorządu lekarskiego, konsultantów wojewódzkich i krajowych.

Jeśli sieć szpitali ma zaistnieć to musi to być ustawa „wyprodukowana” z maksymalną precyzją, bo pewnych faktów, które zaistnieją po jej wprowadzeniu często już się nie da odwrócić. To tak, jak byśmy z bardzo daleka celowali do tarczy z karabinu. Jeśli nie założymy dobrej lunety, to istnieje wielkie prawdopodobieństwo, że zadrży nam ręka i możemy w ogóle nie trafić, nawet w tarczę. I może się okazać, że to przysłowiowa kula w płot.

Autor jest otolaryngologiem i dyrektorem szpitala w Radzynie Podlaskim. Od 2001 r. zasiada w Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Przychodzi lekarz do prawnika

Czy lekarz działający w interesie pacjenta naraża się na odpowiedzialność?

Lekarz, który wdrażając lub kontynuując proces leczenia poleca pacjentowi konkretną aptekę, naraża się na odpowiedzialność związaną ze swoim działaniem. W zależności od formy wykonywania zawodu, lekarz może ponieść odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a także odpowiedzialność związaną z popełnieniem czynu nieuczciwej konkurencji.

Prawo przewiduje jednak wyjątki od zakazu rekomendowania wybranych aptek przez lekarza!

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 2005 r., nr 226, poz. 1943), wykonywanie zawodu lekarza polega między innymi na rozpoznawaniu chorób, zapobieganiu im i leczeniu.

Podjęmując czynności lecznicze w stosunku do pacjenta, lekarz nie może działać w celu innym niż leczniczy. Zasadę tę podkreśla Kodeks Etyki Lekarskiej, który w art. 14 stanowi, że *lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w celu innym niż leczniczy*. Zakaz ten ma bezpośredni związek z preferowaniem i polecaniem przez lekarza wybranych aptek. Jeżeli lekarz poleca konkretną aptekę nie mając na względzie celu leczniczego, a jedynie osobistą korzyść pacjenta, korzyść osób trzecich (np. właścicieli aptek) lub korzyść osobistą, może ponieść odpowiedzialność w związku ze swoim działaniem. Należy podkreślić, że lekarz działa w celu leczniczym, jeżeli:

- poleca aptekę, w której wykonywane są najlepsze lub jedne z lepszych leków recepturowych, co ma wpływ na jakość i skuteczność leczenia,
- preferuje aptekę, która w najszybszym czasie sprowadza zalecane środki farmakologiczne, co nie jest bez znaczenia z punktu widzenia procesu leczniczego,
- rekomenduje najtańszą lub jedną z tańszych aptek. W tym przypadku o celu

leczniczym można mówić wówczas, gdy lekarz wie, że zrealizowanie recepty w droższej aptece może utrudnić lub uniemożliwić leczenie (np. ze względu na stan majątkowy, pacjent może zrealizować receptę wyłącznie w najtańszej aptece. Niewskazanie przez lekarza taniej apteki może wiązać się z zaniechaniem leczenia lub jego ograniczeniem). Lekarz nie działa w celu leczniczym, jeżeli poleca najtańszą aptekę, co nie wiąże się z celem leczniczym (np. lekarz rekomenduje tanią aptekę na prośbę właściciela apteki).

Lekarz, który poleca konkretną aptekę w celu innym niż leczniczy, naraża się na odpowiedzialność cywilną i odpowiedzialność z tytułu popełnienia czynu nieuczciwej konkurencji. Odpowiedzialność cywilną może ponieść każdy lekarz, bez względu na formę wykonywania zawodu (oznacza to, że nie ma znaczenia czy lekarz zatrudniony jest w spółce, spółdzielni, czy też prowadzi indywidualną praktykę lekarską).

W przypadku powstania szkody, przeciwko lekarzowi może zostać skierowane roszczenie o odszkodowanie z tytułu popełnienia czynu niedozwolonego (art. 415 k.c.). Przykładem szkody może być zmniejszenie się zysków jednej z okolicznych aptek, co ma związek z propagowaniem przez lekarza innej apteki.

Lekarz, który prowadzi indywidualną bądź indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską narażony jest na odpowiedzialność cywilną oraz odpowiedzialność związaną z popełnieniem czynu nieuczciwej konkurencji. Zagrożenie odpowiedzialnością związaną z popełnieniem czynu nieuczciwej konkurencji wynika z faktu, że lekarz prowadzący indywidualną praktykę lekarską jest przedsiębiorcą. Za czyn nieuczciwej konkurencji należy rozumieć każde bezprawne działanie przedsiębiorcy, które zagraża lub narusza interes innego przedsiębiorcy. W odniesieniu do omawianego zagadnienia, zagrożeniem interesu apte-

ki, może być działanie lekarza polegające na poleceniu innej apteki (szczególnie w przypadku gdy w okolicy lub w małej miejscowości znajduje się kilka aptek). Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji z 16 kwietnia 1993 r. (tj. Dz.U. 2003 r., nr 153, poz. 1503), poszkodowana apteka może wystąpić do sądu między innymi o zaprzestanie podejmowanych przez lekarza działań lub naprawienie wyrządzonej szkody.

Lekarz nie poniesie żadnej odpowiedzialności, jeśli działanie polegające na poleceniu wybranej apteki, ma cel leczniczy. W takim przypadku nie ma znaczenia czy inna apteka poniosła szkodę w związku z działaniem lekarza.

Czy można przedłużyć okres specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury?

Kwestie dotyczące specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z 20 października 2005 r. (Dz.U. 2005, nr 213, poz. 1779, ze zm.). Niniejsze rozporządzenie zostało zmienione przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 stycznia 2007 r. (Dz.U. 2007, nr 13, poz. 84 i 85). Na mocy zmian obowiązujących od 1 lutego 2007 r., okres specjalizacji może zostać przedłużony o dodatkowe okresy.

Na podstawie § 17 ust. 3 pkt. 1-3 rozporządzenia, okres trwania specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury ulega przedłużeniu o czas nieobecności wynikającej z:

- a) niezdolności do pracy. Rezydentura ulega przedłużeniu o czas pobierania: zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku wyrównawczego, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku opiekuńczego. Warto podkreślić, że zasiłek macierzyński wypłacany jest przez okres urlopu macierzyńskiego. Wymiar urlopu wynosi: 16 tygodni przy pierwszym porodzie, 18 tygodni przy każ-

dym następnym porodzie, 26 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie,

- b) niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zakaźną lub kwarantanną związaną z tą chorobą – § 17 ust. 3 pkt 1 obowiązujący od 1 lutego 2007 r.,
- c) niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w drodze do pracy lub z pracy – § 17 ust. 3 pkt 1 obowiązujący od 1 lutego 2007 r.,
- d) niezdolności do pracy w związku z chorobą w czasie trwania ciąży – § 17 ust. 3 pkt 1 obowiązujący od 1 lutego 2007 r.,
- e) niezdolności do pracy wynikającej z poddania się (jako dawca) badaniom lekarskim związanym z zabiegiem pobrania komórek, narządów i tkanek – § 17 ust. 3 pkt 1 obowiązujący od 1 lutego 2007 r.,
- f) urlopu bezpłatnego udzielonego przez pracodawcę. Czas trwania urlopu nie może być dłuższy niż 3 miesiące,
- g) regulacji kodeksu pracy, które odnoszą się do uprawnień pracowników z tytułu macierzyństwa. Podkreślenia wymaga art. 177§ 1-5, który odnosi się do kwestii związanych z umową o pracę zawartą z kobietą ciężarną. Zgodnie z art. 177§ 1 KP, pracodawca nie może zwolnić kobiety w ciąży (wypowiedzieć lub rozwiązać umowy o pracę), a także pracownicy korzystającej z urlopu macierzyńskiego. Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, gdy winę za zwolnienie z pracy ponosi pracownica. W takim przypadku umowa może zostać rozwiązana przez pracodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia. Zgodnie z art. 177§ 3 KP, umowa zawarta na czas określony, czas wykonywania określonej pracy albo na okres próbny przekraczający jeden miesiąc, która uległaby rozwiązaniu po upływie trzeciego miesiąca ciąży, ulega przedłużeniu do dnia porodu.

Przedłużenie okresu specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury nie może przekraczać 12 miesięcy. Wyjątek stanowią sytuacje, w których umowa może zostać przedłużona dodatkowo o czas:

- urlopu wychowawczego udzielonego przez pracodawcę. Czas trwania urlopu nie może być dłuższy niż

12 miesięcy. Z urlopu wychowawczego mogą skorzystać matka lub ojciec dziecka.

- urlopu bezpłatnego nie dłuższego niż rok. Urlop może zostać udzielony przez pracodawcę w celu odbycia stażu zagranicznego, zgodnego z programem odbywania specjalizacji – § 17 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia. Okres trwania specjalizacji zostaje przedłużony, jeżeli staż odbyty za granicą nie zostanie uznany przez ministra do spraw zdrowia za równoważny ze zrealizowaniem odpowiedniej części specjalizacji.
- oczekiwania na miejsce szkoleniowe, jeśli jednostka, w której odbywana jest specjalizacja przestała spełniać warunki będące podstawą do zrealizowania programu specjalizacji.

Zmiany obowiązujące od 1 lutego 2007 r., umożliwiają przedłużenie specjalizacji także w sytuacjach innych, niż wymienione wyżej. W „uzasadnionych przypadkach”, minister właściwy do spraw zdrowia, może wyrazić zgodę na przedłużenie specjalizacji. Pojęcie uzasadnionych przypadków nie zostało bliżej zdefiniowane w rozporządzeniu. Oznacza to, że przez uzasadniony przypadek należy rozumieć każdą sytuację (np. problemy rodzinne), którą minister do spraw zdrowia uzna za wystarczającą do przedłużenia specjalizacji.

W przypadku przedłużenia rezydentury, jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających specjalizację.

Lekarz, z którym zawarto umowę w wyniku przedłużenia specjalizacji, może wnioskować o skrócenie tej umowy. Maksymalny okres, o który może zostać skrócona umowa wynosi 30 dni – § 17 ust. 12 obowiązujący od 1 lutego 2007 r. Uregulowanie to odnosi się do lekarzy, których specjalizacja została przedłużona w wyniku niezdolności do pracy (pkt. a-e), korzystania z uprawnień z tytułu rodzicielstwa, korzystania z urlopu wychowawczego.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego UM w Łodzi
prawo@gazetalekarska.pl

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



Fałszywe karty lekarza-omnibusa

Jerzy Ciesielski

Lekarz z tytułem doktora medycyny, specjalista drugiego stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, zatrudniony w Oddziale Ratunkowym Szpitala w L. zagrał z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych fałszywymi kartami. Licytował ostro i zgarnął pulę, ale wykryto trefne karty.

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wiadomość powziął o sprawie z pisma głównego lekarza orzecznika Oddziału ZUS w L. (zachowuję stylistykę oryginału): *Pragnę poinformować o podejrzeniu sfalszowania dokumentacji medycznej przez dr. n. med. Juliana Bujalskiego (persona lia zmienione) w postaci: sfalszowania kart informacyjnych z pobytu w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Szpitala w N., sfalszowania podpisu ordynatora tego oddziału oraz używania na ww. kartach informacyjnych pieczętki ordynatora oddziału bez jego wiedzy.*

Do pisma dołączone były dwie karty leczenia szpitalnego. W jednej wpisano, że Marian K. przebywał w oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego przez kilkanaście dni we wrześniu 2001 r., w drugiej zaś, że Kazimierz M. w tym samym oddziale leżał również przez kilkanaście dni w październiku tego roku. Wedle dokumentacji, Marian K. miał przewlekłą niedokrwinną chorobę serca po przebytym zawale, a Kazimierz M. nadciśnienie tętnicze II stopnia oraz arytmie i stenokardię po zawale przebytym w 2000 r.

Obie karty informacyjne leczenia szpitalnego były bardzo starannie i obszernie wypełnione pismem maszynowym, łącznie z wynikami badań dodatkowych, zawierały też liczbę dziennika.

Pierwsza czynność, którą wykonał lekarski prokurator, to skierowanie pisma do Szpitala w N. o przesłanie dokumentacji rzekomych pacjentów.

Odpowiedź była lakoniczna – żaden z wymienionych mężczyzn tam nigdy nie przebywał. Przesłuchany w sprawie ordynator oddziału bez wahania zeznał, że jego podpis jest sfalszowany. Obwiniony lekarz przyznał, że „spreparował” karty leczenia szpitalnego dla pacjentów swojego prywatnego gabinetu, nie przyjmując za to żadnych korzyści. Powiedział: „Zrobiłem to, bo pacjentom tym należało się świadczenie, a że z badaniami diagnostycznymi są poważne trudności, znalazłem sposób ich skierowania na komisję ZUS.” Na koniec dodał: „Moim naczelnym zadaniem była pomoc chorym”.

Obaj pacjenci lekarza-fałszerza potwierdzili korzystanie przez nich z jego prywatnej praktyki i otrzymywanie od tegoż długookresowych zwolnień lekarskich. Marian K. rzeczywiście przebył zawał mięśnia sercowego rozpoznany w czasie pobytu przez niego w sanatorium, a Kazimierz M. również miał prawdziwe kłopoty kardiologiczne. Jednakże żadnych badań dodatkowych nie przeprowadzali. Zarówno za leczenie, jak i fałszywą dokumentację nie płacili. Obaj otrzymali świadczenia rentowe – po 6 miesiącach, na podstawie ponownego badania przez lekarza orzecznika, zawieszone. Czy odzyskali je, tego z akt postępowania dyscyplinarnego nie wiadomo. Przed Okręgowym Sądem Lekarskim w L. lekarz podtrzymał swoje wcześniejsze wyjaśnienia uparcie twierdząc, że jego pacjentom należała się renta, a on nie miał innego sposobu, aby skierować ich do lekarza orzecznika ZUS. Kara była dość dotkliwa (i jak

najbardziej słuszną) – lekarz skazany został na karę dwóch lat zawieszenia w prawach wykonywania zawodu za czyny określone w art. 1 i art. 40 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Z pierwszego z tych zapisów wynika między innymi, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu, a najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego. W drugim zapisano zaś, że wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji.

Wydaje się, że Okręgowy Sąd Lekarski pominął jeden aspekt sprawy.

Zachowanie się lekarza powinno być też kwalifikowane z art. 8 kodeksu – lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Wymyślona dokumentacja zastąpiła rzeczywiste diagnozowanie i leczenie, zainteresowani dostali wprawdzie renty, ale mogli wespół ze swoim lekarzem skrócić swoje życie. Po jednej stronie typowo polska pazerność na świadczenie rentowe, po drugiej co najmniej kryminalna głupota i zaprzeczenie Przysiędze Hipokratesa, a być może próżność. Bo jakże miło być lekarzem-omnibusem: zarazem leczyć (szkoda tylko, że tak zachowawczo), jednocześnie tworzyć jak najprawdziwszą dokumentację lekarską, a w końcu wyręczyć lekarza orzecznika ZUS w stwierdzeniu inwalidztwa.

Autor jest adwokatem.

Orzecznictwo lekarskie i solidna wiedza medyczna

Krzysztof Tuszyński



foto: Marek Stankiewicz

Różnorodne kierunki orzekania lekarskiego zawsze sprowadzają się do podstawowych elementów:

- solidnej wielokierunkowej wiedzy lekarskiej,
- znajomości i rozumienia obowiązującego przepisu ustawy, w oparciu o którą się orzeka, – dobrej znajomości Kodeksu Etyki Lekarskiej, – wrażliwości w podejściu do człowieka, którego orzeczenie dotyczy.

Chcę przedstawić doskonałą inicjatywę Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, który to instytut od marca 2007 r. rozpoczął cykl turnusów szkoleniowych (tygodniowych) finansowanych z Europejskiego Funduszu poprzez PFRON.

Wartość szkolenia 1 osoby to 2950 zł. Szkolenie jest przeznaczone dla lekarzy, pielęgniarek i psychologów, którzy zajmują się pośrednio lub bezpośrednio osobami niepełnosprawnymi lub też orzekaniem o niepełnosprawności. Realizowany w ramach projektu WUE/0301/IV/05/F program szkoleniowy jest bezpłatny dla zakwalifikowanych uczestników. Szkoleniem kieruje dr n. med. Jerzy Kopias (kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej), a sekunduje mu mgr Katarzyna Żuraw, odpowiedzialna za organizację każdego turnusu szkoleniowego.

Całotygodniowe szkolenie jest wyczerpujące, ale uzyskuje się ogromną wiedzę, a nadto komplet drukowanych wykładów i płytke do komputera. Zakwaterowanie w Instytucie.

Wykłady z zakresu medycyny i orzecznictwa prowadzą: prof. dr hab. Jolanta Walusiak, dr n. med. Ewa Wągrowska-Koski – krajowy konsultant ds. medycyny pracy oraz praktyczne ćwiczenia i wykłady mgr Agnieszka Marczyńska-Wdówik i dr Paweł Wdówik

oraz wielu innych doskonałych wykładowców.

Uzyskuje się szczegółową wiedzę lekarską o różnych postaciach i formach niepełnosprawności, co porządkuje naszą wiedzę medyczną.

Ogromnym *novum* jest przekazanie uczestnikom kursu bogatej i praktycznej wiedzy nt. finansowania tworzonej stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych, uzyskiwania zwrotu kosztów utworzenia stanowiska pracy dla niepełnosprawnego i jego zatrudnienia na otwartym rynku pracy.

Bardzo wartościowa jest wiedza z jakich środków i w jakiej formie uzyskać pieniądze na dodatkowe prace lekarza, pielęgniarki i psychologa zajmujących się niepełnosprawnymi.

Nie wyobrażam sobie pracy z niepełnosprawnymi bez odbycia tego kursu. Dużą korzyścią będzie to, gdy jadący na kurs będą przywozić ze sobą listę własnych pytań kierowanych do wykładowców, co dodatkowo pozwoli na solidne rozszerzenie naszej wiedzy.

Dla zainteresowanych praktyczne informacje: Instytut Medycyny Pracy, Zakład Polityki Zdrowotnej, 91-348 Łódź, ul. św. Teresy 8, tel. 042-631-46-70, faks 042-655-61-02.

Autor jest wiceprzewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej

REKLAMA

REKLAMA

Szpital, którego nie ma

Zygmunt Wiśniewski

W Warszawie, w parku Ujazdowskim, tuż obok placu Na Rozdrożu, jest pagórek, z którego rozpościera się widok na okolicę.



Po stronie wschodniej, przysłonięty drzewami, bieleje pałac Ujazdowski, obok niego budynek z czerwonej cegły, należący do Głównej Biblioteki Lekarskiej. W stronę północną rozpościera się widok na Ujazdów (dawniej zwany też Jazdowem), gdzie ocalał jeden pawilon – ślad po byłym szpitalu. Środkiem przebiega ruchliwa Trasa Łazienkowska. Wzdłuż niej z jednej strony aleja Szpitala Ujazdowskiego, z drugiej aleja płk. dr. Leona Strehla. U podnóża wzgórza, na fragmencie muru, znajdują się tablice upamiętniające historię tego miejsca.

Wszędzie, jak okiem sięgnąć, były gmachy, pawilony, zabudowania szpitala Ujazdowskiego. Znajdowały się tu w okresie II Rzeczypospolitej, we wrześniu 1939 r., przez czas okupacji i Powstanie Warszawskie. Przestały istnieć zniszczone przez Niemców po powstaniu.

Wszystko tu jest historią, i wszystko jest minione, bo szpitala już nie ma.

1918

Były komendant wojskowy tego miejsca, płk dr Stefan Rudzki, w książce wydanej w 1927 r. wspominał powrót Polski i polskiego wojska do tego szpitala.

Z chwilą, gdy Komendant Piłsudski stanął na gruncie warszawskim w dn. 10 XI, stało się to hasłem do powszechnego rozbrajania okupantów w stolicy i w całym kraju.

Inicjatywę do odebrania szpitali warszawskich z rąk Niemców dał ppłk. Loth, który 11 XI 1918 r. rano – na własną rękę wyruszył razem z mjr. Rudzkim przejmować szpitale. Oficerowie ci w

koszarach polskich przy ul. Nowowiejskiej z trudem dostali 12 żołnierzy i na czele tego oddziału pomaszzerowali do szpitala Ujazdowskiego. Na terytorium tego szpitala znajdowało się około 3 tysięcy Niemców, w tej liczbie paru set uzbrojonych podoficerów i szeregowych, stanowiących wartę i obsługę. Niemcy jednak oporu nie stawiali. Przewodniczący miejscowej Rady Żołnierskiej, Kamerad Schmidt, dowiedziawszy się o celu przybycia polskiego oddziału, w imieniu Rady podpisał umowę, że szpital obejmują polskie władze. Chorzy niemieccy, w miarę zdolności do transportu, będą odsyłani do swojej ojczyzny, funkcjonariusze zaś niemieccy, zwłaszcza lekarze pod komendą polskich władz pełnić będą swe czynności, dopóki wszyscy chorzy nie opuszczą szpitala.

Komendę prowizoryczną całego szpitala Ujazdowskiego objął mjr Rudzki, który został na miejscu, mając dwóch żołnierzy polskich do pomocy – z resztą zaś 10-ma ruszył dalej ppłk. Loth i obsadził po południu wszystkie szpitale wojskowe, stawiając na ich czele polskich lekarzy.

Lekarz wojskowy ppłk prof. dr Edward Loth działał z rozkazu Naczelnego Dowództwa. Współdziałający z nim lekarz wojskowy mjr dr Stefan Rudzki zapisze się w historii tego miejsca w latach 1918-1939.

Informacje o liczbie 3 tys. rannych żołnierzy niemieckich i o doglądającej ich załodze nie były przesadzone, ponieważ na rozległym terenie, zwanym szpitalem Ujazdowskim, mieściły się liczne pawilony szpitalne, a także koszary i budynki administracyjne. Władzy zaś, jak wynika z relacji, nie sprawowali oficerowie, tylko rada żołnierska.

1919-1939

Szpital Ujazdowski, przejściowo zwany Głównym Szpitalem Wojskowym, a później Szpitalem Szkolnym, przez



Tablice upamiętniające historię szpitala i cmentarza Ujazdowskiego. Na murze-pomniku osiem tablic upamiętnia historię Ujazdowa i cmentarza, który się w tym miejscu znajdował. – „Przez dwa wieki szpital Ujazdowski służył polskiemu żołnierstwu walczącemu o wolność Ojczyzny”. – „W mroku okupacji 1939-1944 szpital był ważną placówką w walce o przetrwanie Narodu”.

cały okres dwudziestolecia międzywojennego służył wojsku.

Określenie „szpital szkolny” związane jest z powstałą na jego terenie w 1922 r. Szkołą Podchorążych Sanitarnych.

Szkoła ta była miejscem zakwaterowania i szkolenia oficerskiego studentów medycyny z Uniwersytetu Warszawskiego, którzy zamierzali zostać lekarzami wojskowymi. Swoją część dzielił między studia medyczne na uniwersytecie, praktykę w szpitalu szkolnym (Ujazdowskim) a zajęcia w podchorążówce, która mieściła się na miejscu, w Zamku Ujazdowskim.

Pierwszym komendantem podchorążówki medycznej był lekarz pułkownik, późniejszy generał, Stefan Hubicki.

W czasie promocji, czyli inauguracji zajęć jednego z roczników, Hubicki objaśniał elewom i gościom, że Wojskowa Szkoła Sanitarna przyjmuje kandydatów, którzy zobowiązują się do odświeżenia w Wojsku Polskim podwójnej ilości czasu w stosunku do czasu przebytego w szkole. Kandydaci muszą posiadać maturę, dającą prawo do wstąpienia na Wydział Lekarski Uniwersy-

tetu Warszawskiego, i muszą być absolutnie zdrowi fizycznie.

Zajęcia w SPS rozpoczynały się już 1 sierpnia, bo dwa pierwsze miesiące poświęcone były na kurs rekrucki. Z rozpoczęciem roku akademickiego – tłumaczył płk dr Hubicki – wychowankowie szkoły stają się zwyczajnymi studentami uniwersytetu, tylko odzianymi w mundur wojskowy.

W latach 1922-1939 do szkoły przyjęto 17 roczników podchorążych; 819 studiowało medycynę, 68 farmację i 16 stomatologię. Do czasu wybuchu wojny nominacje oficerskie i dyplomy lekarskie otrzymało 474 absolwentów. 87 podchorążych, studentów trzech ostatnich roczników, otrzymało w przededniu wojny nominacje oficerskie. Wszyscy trafili na front.

Wychowanek tej szkoły kmrdr lek. B. Markowski, w opracowaniu jubileuszowym wydanym w 1971 r. w Londynie pisze, że 32 oficerów Służby Zdrowia, wychowanków SPS, oddało swe życie w pierwszych trzech tygodniach woj-

dokończenie na str.30



Grupa podchorążych (fot. archiwalna). Dr Edward Rużyłło, absolwent, później wykładowca w Szkole Podchorążych Sanitarnych, wspominał: „Bycie oficerem i lekarzem oznaczało wówczas mocną pozycję społeczną. Do szkoły skłaniały również inne motywacje: studiowanie medycyny w stolicy z zapewnionym mieszkaniem i wyżywieniem i nie ponoszenie kosztów studiów uniwersyteckich. Koszty te ponosiło Ministerstwo Spraw Wojskowych, a kandydaci przyjęci do Szkoły Podchorążych Sanitarnych automatycznie stawali się studentami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego.”

• **Nestorzy zostają, młodzi wyjeżdżają.** Lekarze po siedemdziesiątce to coraz częstszy widok w gabinecie. Młodzi masowo wyjeżdżają. W warszawskiej OIL przygotowano raport na temat wieku lekarzy. Najwięcej nestorów jest wśród pediatrów, chirurgów ogólnych, ginekologów, okulistów i psychiatrów (np. 50 lat życia ma już za sobą: prawie 58% chirurgów ogólnych, 59% wszystkich pracujących psychiatrów oraz 61% położników i ginekologów). • **Psychologiczna wojna z lekarzami.** „Rząd chce osłabić nasz protest. Skoro lekarze to bandyci, nie trzeba będzie z nimi rozmawiać” – mówi Krzysztof Bukiel, szef OZZL. Policja kontynuuje przeszukania w szpitalach. Wszędzie zbiera dokumenty z przetargów z udziałem firmy Johnson & Johnson. „Nie bronimy przetargów, bo najkorzystniejsza oferta zwycięża w prywatnej firmie, a w publicznej już niekoniecznie. Działania policji i prokuratury, wypowiedzi przedstawicieli rządu to wojna psychologiczna z lekarzami. I lekarze są zastraszeni” – dodaje szef OZZL. • **Zwycięstwo gorzowskich kardiologów.** Po ponad miesięcznej przerwie, w piątek rozpoczął pracę oddz. kardiologii Szpit. Woj. w Gorzowie Wlkp. Lekarze, którzy z powodu konfliktu płacowego przerwali pra-

dokńczenie na str. 34

REKLAMA

REKLAMA

Szpital, którego nie ma

dokńczenie ze str. 29

ny. Wojny nie przeżyła jedna czwarta absolwentów. Zginęli w czasie kampanii wrześniowej, w oflagach i stalagach, gdzie opiekowali się żołnierzami w niewoli, w kaźniach gestapo i NKWD, na frontach wojennych na Zachodzie.

1939-1944

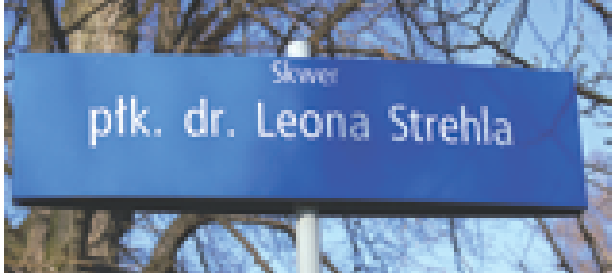
Legendą za życia i legendą historyczną po dziś dzień jest płk. dr Leon Strehl.

Od kwietnia 1940 do końca lipca 1944 r. był on komendantem Szpitala Ujazdowskiego. Całą swoją energię poświęcał funkcjonowaniu szpitala w warunkach ciągłego zagrożenia przez okupanta. Zatrudniał i chronił wielu lekarzy związanych z konspiracją. Sam był szefem sanitarnym Komendy Głównej AK. W czasie Powstania Warszawskiego uratował personel szpitala i rannych, przeprowadzając ich w powstańczy rejon śródmieścia.

Postać ta czeka na swój pomnik – w książce, filmie, marmurze!

Swoje przeżycia w szpitalu Ujazdowskim w czasie wojny i okupacji opisał m.in. we wspomnieniach dwoje pracujących tam lekarzy: H. Odrowąż-Szukiewicz oraz S. Wacek.

Odrowąż-Szukiewicz otrzymała we wrześniu 1939 r. przydział na front do armii „Modlin” jako absolwentka III roku studiów medycznych na Uniwersytecie Warszawskim. Po kapitulacji trafiła do szpitala Ujazdowskiego, który stał się dla niej miejscem pracy, kontynuowanych studiów, konspiracyjnej pracy dydaktycznej, a przede wszystkim niesienia pomocy potrzebującym jej żołnierzom i mieszkańcom Warszawy. Pracowała w Zakładzie Anatomii prof. E. Lotha, wspomnianego wcześniej w relacji historycznej S. Rudzkiego.



Profesor – wspomina pamiętnikarka – wymyślił szkolenie zawodowe dla zwalnianych do domu rekonwalescentów:

W Zamku Książąt Mazowieckich na terenie szpitala Ujazdowskiego, nowo powstały Zakład Przeszkolenia Inwalidów przyjmował pierwsze roczniki kursantów. Urządzono sale zajęć, internat i stołówkę dla wychowanków. Prowadzono równoległe kilka kursów: szewski, cholewkarski, krawiecki, czapniczy, ogrodniczy i handlowy.

– Wielu jest rannych – mówił Profesor – którzy nie będą mogli wrócić do swego zawodu. Gdy opuszczą szpital – stanie przed nimi perspektywa nędzy. Tym wszystkim trzeba dać nowy fach.”

Ze szpitala wychodzili nie tylko wyleczeni, ale także przygotowani zawodowo do życia. Zakład szkoleniowy stał się również przykrywką do prowadzenia konspiracji.

Pracując jako pielęgniarka H. Odrowąż-Szukiewicz kontynuowała studia medyczne.

Jedną z placówek, zajmujących się w latach okupacji nauczaniem medycyny, był szpital Ujazdowski. Szpital miał oddziały wszystkich bez mała dyscyplin klinicznych, dysponował również bogatą biblioteką. Szpital miał też doświadczony zespół lekarzy różnych specjalności. Byli wśród nich dawni wykładowcy przedwojennych wydziałów lekarskich.

Szpital był więc dla pamiętnikarki, razem, uniwersytetem.

Szpital nasz nazywaliśmy między sobą Rzeczpospolitą Ujazdowską. Wymyślili tę nazwę jeszcze jesienią 1939 r. ranni kawalerzyści z 14 pułku ułanów Jazłowieckich. To zawadiackie towarzystwo, gwizdząc na warunki kapitulacji, które orzekały oddanie wszelkiej broni Niemcom, trzymało w sali swoje szable zatknięte u wezglowia łóżek.

Dr Szczepan Wacek, kierownik przychodni w szpitalu Ujazdowskim, członek AK, koncentruje się na jego działalności konspiracyjnej.

Kiedy wspominam ukochany „Ujazdów”, widzę go jako związek ludzi, którzy tworzyli ośrodek walki o przetrwanie. W tym środowisku, złożonym z ludzi o bardzo zróżnicowanym poziomie intelektualnym i kulturalnym, o różnej orientacji politycznej, różnych tempera-

mentach, panowała niezachwiana wiara w klęskę hitlerowców. Właśnie ta wiara scalała wysiłki, a każdy Polak czuł się tutaj jak w Rzeczypospolitej Ujazdowskiej, w unikalnym tworze, relikwie przeszłości na terenie okupowanym przez hitlerowców. Tu ludzie, potrzebujących pomocy, pytano, czego potrzebują, a nie, kim są. Każdego, w miarę możliwości, leczono jak najlepiej, zapewniając pracę, mieszkanie, pieniądze, ubranie, o co dbały opiekunki społeczne. Tutaj wspierano moralnie, dodawano otuchy, umacniano nadzieję na lepszą przyszłość. Tutaj młodzież akademicka, pozbawiona możliwości normalnego kształcenia się, znajdowała opiekę profesorów i pracowników naukowych, którzy w każdych warunkach dzielili się z nią swoją wiedzą i przygotowywali ją do pracy zawodowej w odrodzonej Polsce.

Tak było do 1944 r., do wybuchu Powstania Warszawskiego.

1944

Dr Hanna Odrowąż-Szukiewicz opisała też powstaniową ewakuację szpitala.

„W dniu 1 sierpnia 1944 r. (...) Niemcy wtargnęły na teren szpitala, nakazując niezwłoczną ewakuację.

W dniu 6 sierpnia o 9 rano nastąpił wymarsz ulicami Górnośląską, Myśliwiecką ku Czerniakowskiej. Na przdzie niesiono flagi Czerwonego Krzyża, za nimi posuwał się długi czworbok ciężko chorych, dźwiganych na noszach, dalej chorzy chodzący, pracownicy szpitalni i ich rodziny zamieszkale w Ujazdowie, 350 kobiet, b. zakład-



Główna Biblioteka Lekarska – Zbiory Specjalne. Na terenie Ujazdowa, za sprawą lekarza wojskowego mjr. dr. S. Konopki powstała biblioteka lekarska, przeznaczona dla słuchaczy Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Znajdowała się w nieistniejącym gmachu Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej mieszczą się obok miejsca historycznego, w dawnym pawilonie szpitalnym, który ocalał w historycznym kształcie. Tablice upamiętniają lekarzy wojskowych: od prof. gen. Karola Kaczkowskiego, głównego lekarza Powstania Listopadowego, po prof. płk. Stanisława Konopkę, twórcę i patrona Głównej Biblioteki Lekarskiej.

niczek zwolnionych 4 sierpnia z siedziby Gestapo w hotelu sejmowym, inwalidzi Z.P.I. i na końcu pięć wozów taborowych ze sprzętem szpitalnym, apteką, żywnością i kasą szpitalną, zawierającą pół miliona złotych. Łącznie ten gigantyczny pochód liczył 1831 osób.

W drodze spotykały nas liczne szykany ze strony Niemców. M.in. zatrzymano wszystkie wozy taborowe, pracownika, który zbliżył się do nich – zastrzelono... Wreszcie o siedemnastej znaleziono schronienie w klasztorze sióstr Rodziny Marii przy ul. Chełmskiej 19 i sąsiednim Zakładzie im. Rago.

Szpital Ujazdowski spotkał ten sam los, co większość Warszawy. Pozostały po nim zgliszcza. Po wojnie nie podjęto próby jego rekonstrukcji. Społecznym wysiłkiem uwieczniono historię tego miejsca.

Ujazdów, Szkoła Podchorążych Sanitarnych, szpital Ujazdowski...

Pozostała i trwa pamięć.

O Szpitalu Ujazdowskim istnieje bogata literatura, z której korzystano w tym opracowaniu: H. Szukiewicz-Odrowąż: „Rzeczpospolita Ujazdowska” w t. „Z dziejów tajnego nauczania”, a także „Powszednie dni niepowszednich lat” Wyd. MON, 1984; S. Rudzki: „Zarys historii szpitalnictwa wojskowego w Polsce”. W-wa 1927; „Ujazdów, materiały z sesji naukowej”, czerwiec 1992, GBL; „Była taka podchorążówka w Warszawie”, GBL 2002; T. Roźniatowski: „Mój żywot lekarza wojskowego”, Wyd. MON, 1978; S. Wacek: „W szpitalu Ujazdowskim podczas okupacji hitlerowskiej”. Wyd. „Okupacja i medycyna”, t. 4, KAW, 1974.

Ponad podziałami

Poruszanie się po rewirach polskiej dentystyki w pierwszych latach II Rzeczypospolitej wymagało umiejętności prestidigitatorskich. Na pierwszy rzut oka mogło się wydawać, że jest wiele polskich środowisk dentystycznych i stomatologicznych, które wszystko dzieli, a nic nie łączy.

Dzieliła je historia, która sprawiła, że zawód lekarza dentysty uprawiali ludzie o różnym przygotowaniu zawodowym i różnych umiejętnościach. Dzieliły je tradycje kształcenia, które sprawiały, że zdolni maturzyści z jednej części Polski wyjeżdżali na studia do Wiednia, z innej do Wrocławia, Lipska, Berlina lub Monachium. Takie możliwości mieli poddani pruscy i austriacy. Mieszkańcy Kongresówki z kolei mieli wybór między Warszawą, Petersburgiem, Moskwą, Charkowem a Dorpatem.

Byli absolwentami różnych szkół, legitymowali się różnymi dyplomami, mieli różne umiejętności. Do tego grona lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów wykształconych na wydziałach medycznych uniwersytetów dołączali jeszcze absolwenci rosyjskich prywatnych szkół dentystycznych, także tych z Warszawy, którzy swoje wykształcenie i przygotowanie do zawodu potwierdzali przed komisjami uniwersyteckimi, ale nie byli ozdobą swoich środowisk.

Na wymienione różnice nakładał się jeszcze czynnik narodowościowy. W Warszawie i w całym b. zaborze rosyjskim większość uprawiających ten zawód była Żydami lub Polakami wyznania mojżeszowego. Animozje narodowościowe, światopoglądowe i orientacje polityczne w samej tylko Warszawie rozbiły to środowisko na kilka obozów.

Mnożyły się oddzielne związki, towarzystwa i stowarzyszenia.

To, co nie kwalifikowało się do połączenia pod jednolitym kierownictwem, poddało się programowi podnoszenia wiedzy i umiejętności zawodowych. Program ten został już wcześniej stworzony przez elitę polskich lekarzy, którzy organizowali Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Pierwszy Polski Naukowy Zjazd Lekarzy Dentystów, który odbył się w lipcu 1923 r. we Lwowie, nie miał jeszcze patronatu Stałego Komitetu Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, ale następnie zostały już wprowadzone w ten nobilitujący nurt polskiej nauki i kultury medycznej. W lipcu 1925 r. odbył się w Warszawie II Zjazd Naukowy Lekarzy Dentystów, będący zarazem sekcją stomatologiczną XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Na zjeździe tym przypomniano, że już w 1911 r. w Krakowie, w czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, w oddzielnej sekcji obradowało 72 stomatologów i lekarzy dentystów, którzy przygotowali 24 referaty.

„Polska Dentystyka” – pismo prof. A. Cieszyńskiego, który dużo wymagał od lekarzy, ale też wiele robił dla zintegrowania środowisk lekarzy dentystów i stomatologów – pisało o otwarciu obrad Zjazdu dla wszystkich zainteresowanych:

„Będzie nas (lekarzy dentystów i stomatologów) w Polsce obecnie 1800. Ilu

z nas weźmie udział w zjeździe obecnym? Warunki są korzystne. Zjazd odbywa się w samym środku Polski, w Warszawie. **Dzisiaj nie będzie już lekarz-dentysta bez dyplomu lekarskiego uważany za intruza na zjeździe Przyrodników Polskich. Pracą swą zdobyliście sobie prawo równorzędne z przyrodnikami i lekarzami; nie jako goście, ale jako rzeczywisti członkowie wezmą udział lekarze-dentyści z całej Polski w XII Zjeździe Przyrodników Polskich.**”

Prof. Cieszyński umiał się wznieść ponad istniejące podziały i uprzedzenia, a że był w całym środowisku lekarskim, nie tylko stomatologicznym, autorytetem nie kwestionowanym – nadał procesowi integracji lekarzy dentystów z pozostałymi środowiskami lekarskimi właściwy kierunek.

Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich potwierdziła ten integracyjny charakter, zapisany przez Antoniego Cieszyńskiego, opowiadając się za powołaniem stałego komitetu organizacyjnego sekcji stomatologicznej zjazdów oraz za wprowadzeniem doktoratów z nauk dentystycznych.

Dzieje się to w połowie 1925 r. Jednocześnie przedstawiciele środowisk lekarzy dentystów porozumieli się w sprawie opublikowania „Kodeksu Deontologii Dentystycznej”.

1. Jesteś człowiekiem. Staraj się czynić dobrze dla dobra samego i poświę-

cić część swego czasu dla ulżenia cierpieniom wydziedziczonych.

Ten początek, wzięty jakby z Dekalogu, podnosi rangę dokumentu ponad jego praktyczną użyteczność i sprawia, że praca lekarzy dentystów została zaklasyfikowana do posłannictwa humanistycznego. To ważny krok na drodze podniesienia rangi profesji z rzemiosła, za które była jeszcze na początku XIX w. uważana, do rangi sztuki leczenia.

Dwa następne paragrafy, wzorem istniejących już kodeksów lekarskich, podkreślają rangę fachowości i wysokich umiejętności i otwartości na środowisko:

2. Jako praktyk udoskonalać się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia.



3. Łącz się z kolegami zawodowymi dla ochrony i podniesienia swego zawodu. Nie pozostawaj sam, izolowany.

Zdumiewa lapidarność sformułowań w tym dokumencie, którego autorstwo nie zostało zapisane. Strona praktyczna, postulatyczna, wsparta jest pryncypiami moralnymi.

4. Tajemnica, poświęcona ci, jest świętą. Nic nie może ciebie z niej zwolnić.

5. Bądź łagodny z tymi, którzy cierpią. Pomagaj im. Ich interes góruje nad twoim.

Tak skromnie i celnie zapisanych nakazów moralnych nie spotyka się w żadnym ze współczesnych ani wcześniejszych lekarskich kodeksów deontologicznych. Niektóre sformułowania („tajemnica, poświęcona ci”, „bądź łagodny z tymi, którzy cierpią”) mogą sugerować, że mamy do czynienia z tłumaczeniem, zaczerpniętym z zagranicznego kodeksu.

Dalsze paragrafy ujmują, równie krótko i trafnie, reguły rynkowe praktyki:

6. Powstrzymuj się od wszelkiej reklamy. Ona poniża praktykę i rzuca cień na cały zawód.

7. Umiej żądać odpowiedniego wynagrodzenia od tych, którzy szukają twoich usług.

Dalszy zapis, dotyczący stosunków między lekarzami, któremu współczesne kodeksy lekarskie poświęcały zwykle wiele paragrafów, zawarty jest w dwóch krótkich, oszczędnych i celnych sformułowaniach:

8. Szanuj swych kolegów, jeśli chcesz, żeby oni ciebie respektowali. Bądź wstrzeźmiły w krytyce, wypowiadaj ją tylko, jeżeli okoliczności do tego cię zmuszą.

Kolejny punkt wzięty jest bardziej z Dekalogu lub podręcznika godnego życia niż z kodeksu deontologicznego:

9. Otaczaj się higieną i komfortem. Nie nadużywaj swych sił. Przemęczenie szkodzi zarówno temu, który je wywołuje, jak i temu, który mu się oddaje.

Podobnego zapisu nie spotyka się w żadnym z bliskich czasowo kodeksów. Nie pojawia się również w kodeksach współczesnych. Bliższy jest filozofii życia niż nakazom deontologicznym.

10. Nie dozwól, by żaden człowiek niegodny wszedł do zawodu i wykonywał go. Kochaj swój zawód. Dbaj o to, by go szanowano.

W swojej ogólnikowości i niekonfliktowości zapis „dziesięciu przykazań” deontologicznych jest niedoścignionym przykładem, jak można znaleźć kompromis i dać wyraz wspólnym poglądom na istotę uprawiania zawodu lekarza dentysty.

Kodeks deontologii dentystycznej znakomicie ilustruje myślenie ludzi, którzy wyznaczali kierunek rozwoju organizacyjnego polskiej dentystyki. Przyjmowali oni za staną rzeczywistość jako *fix* i nie usiłowali w nią ingerować, całą energię skupiając na przyszłości.

W tej przyszłości określili dwa najważniejsze cele.

Pierwszym było ujednolicenie studiów lekarsko-dentystycznych z podwyższeniem ich do rangi akademickiej we wszystkich ośrodkach.

Cel drugi wynikał z analizy różnicowania i wielorakiego rozczłonkowania środowiska lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów. Mogłaby ich połączyć organizacja zawodowa, apolityczna, skupiona na funkcjonowaniu lekarzy dentystów w społeczeństwie. Lekarze ogólni mieli taką organizację – były nimi izby lekarskie. Lekarze dentyści od połowy lat dwudziestych dążyć będą do stworzenia izb lekarsko-dentystycznych.

Powiedzie im się to dopiero w 1938 r.

Z. W.



**DIAMENTOWA LOKATA
STAŁE OPROCENTOWANIE**
0-801 88 88 11

POŻYCZKA MIESZKANIOWA NA CELE REMONTOWE
OPROCENTOWANIE TYLKO 7,9%!!!
KWOTA DO 50 000 PLN!!!
WYMAGANY TYLKO KOSZTORYS

Kwota Pożyczki w PLN	Okres spłaty				
	60 miesięcy	48 miesięcy	36 miesięcy	24 miesiące	12 miesięcy
5 000	101,15	121,83	156,45	225,90	434,67
10 000	202,30	243,67	312,91	480,10	869,34
30 000	606,89	731,00	938,72	1 355,40	2 608,01
50 000	1 011,48	1 218,34	1 564,53	2 259,00	4 346,69

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:
Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne) **www.skokil.pl**

**Przedstawiciele przy
OKRĘGOWYCH IZBACH LEKARSKICH**

cę, zawarli porozumienie w tej sprawie z władzami województwa. Swoje stanowisko stracił dotychczasowy dyr. placówki Wojciech Martula. • **Lekarze pracują za długo, a szpitale łamią przepisy unijne.** Wprowadzenie do polskich przepisów wymogów unijnej dyrektywy spowoduje, że lekarze będą mogli pracować do 48 godz. tygodniowo (łącznie z dyżurami). MZ szacuje, że ograniczenie to może spowodować wzrost kosztów szpitali nawet o 750 mln zł. Mogą one być jeszcze wyższe, jeżeli lekarze nie będą wyrażali zgody na wydłużenie tego czasu do 78 godz. tygodniowo (*klauzula opt-out*). • **„1 mm mniej, to ok. 10% szans więcej na przeżycie”.** „Mamy specjalistów i środki do leczenia raka, ale wykrywamy go zbyt późno. W Polsce średnia wielkości wykrytego guza to 2-3 cm, podczas gdy w USA to 1-2 cm. Jest to niezwykle istotne, bo 1 mm mniej, to około 10% szans więcej na przeżycie” – informuje Marek Pudełko, dyr. Dolnośląskiego Centrum Onkologii. • **Ursynowski ośrodek dla chorych na Alzheimera.** Na Ursynowie powstanie wreszcie planowane od lat centrum dla cierpiących na tę chorobę. Będzie to pierwsza w stolicy specjalistyczna placówka dla tych osób. • **Niektóre leki mogą przyspieszać postępy choroby Alzheimera.** Niektóre leki przepisywane chorym na chorobę Alzheimera (przeciwpsychotyczne i uspokajające) mogą przyspieszać rozwój choroby i prowadzić do pogorszenia stanu pacjenta – wskazują wyniki greckich badań, o których informuje czasopismo „Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry”

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl
Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW
Serdecznie zapraszamy

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl, e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Dobra passa „Medici pro Musica”

Na jubileuszowy koncert XV-lecia Olsztyńskiego Chóru Lekarzy „Medici pro Musica”, działającego przy Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie, do gościnnego zamku kapituły warmińskiej 10 lutego br. przybyło szerokie grono miłośników muzyki oraz sympatyków zespołu. Brawo dla pomysłodawcy, by muzykę barokową zaprezentować pod unikalnym sklepieniem kryształowym Sali Kopernikowskiej!

Od pierwszego utworu *a’capella* „Canticorum Iubilo” Georga Friedricha Haendla, poprzez „Exultate Justi” Ludovico da Viadana i „Messa in G” Giovanniego Battisty Casali’ego, nie mogłam wyjść z podziwu nad brzmieniem tego chóru. Nowe doznania estetyczne wniosły „In Virtuta Tua” i „Ecce Nunc Benedicite” Grzegorza Gerwazego Gorczyckiego. Cieszy wykonanie dzieł polskiego kompozytora; obecność ta do- wodzi, iż Polacy nie gęsi... Uświadomiłam sobie, jakim małym epizodem w historii muzyki, i historii w ogóle, my, ludzie XXI w., jesteśmy. Odrzuceni hen w przyszłość, odgrzebujemy fakty z minionych epok niczym archeolodzy. Mieliśmy okazję przekonać się, jakim odkryw- cą smaczków muzycznych jest prezes chóru, sopran Aleksandra Bakun: każ- dy psalm poprzedzała adekwatną cieka- wą opowieścią, czyniąc z niej dodatkowy atut tej sztuki. Warto zdać sobie sprawę, że owa zespołowa praca jednoczy pasjo- natów; każda z nich to nie tylko lekarz innej specjalności, ale przede wszystkim oddzielna jednostka.

Dyrygenturę Bogusława Palińskiego odebrałam jako niezwykłą umiejętność przekazu. Przekonałam się, co można wydobyc ruchem ciała, gestem, mimi- ką, znakami umownymi. Najczulszy in- strument, jakim jest głos człowieka, tak sugestywnie pokierowany, sprawiał me- lomanom prawdziwą ucztę duchową.

Gościem Szanownego Jubilata był zespół smyczkowy pod kierunkiem Doroty Obi- jańskiej, działający przy Stowarzyszeniu Społecz- no-Kulturalnym „Poje- zierze”. Zapowiedź wy- stępu solowego Anny Śleszyńskiej wywołała burzę oklasków i spra- wiła, że było to swo- iste wejście smoka. Pani Anna pracuje, gra, śpie- wa altm w „Medici...” i reprezentuje olsztyń- skie środowisko zawo- dowe w międzynaro- do-

wej orkiestrze muzycznej lekarzy, każ- dego roku popisując się w innym mie- ście Europy. W wykonaniu „Absolwen- ta” usłyszeliśmy koncert skrzypcowy f-moll „Zima” RV297 (cz. II i III) An- tonio Vivaldiego. Jubileuszowy koncert zakończyło wspólne wykonanie radosne- go „Alleluja” Haendla. Potem były gra- tulacje i kwiaty od przedstawicieli władz samorządowych oraz Okręgowej War- mińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, a także poczęstunek dla bohaterów wie- czoru i przyjaciół.

Uroczystość odbiła się w środowisku medycznym rzeczywistym echem. Dwa tygodnie później zespół uświetnił sesję Izby, podczas której zasłużonym leka- rzom wręczano odznaczenia, a świeżo upieczonym doktorom nauk medycz- nych stosowne dyplomy.

Dobra passa olsztyńskiego chóru le- karzy trwa. Dowodem na to jest zapros- szenie od Prezesa NRL do uświetnienia Międzynarodowego Kongresu Etyki Le- karskiej w Warszawie.

Helena Piotrowska

Autorka jest związana z regionalnym ru- chem artystycznym. Opublikowała książ- ki: „Przyjdź będziesz tańczyć... wspomnie- nia o Wojciechu Muchlodo” (2004), wybit- nym choreografie oraz „Życie jest sztuką a sztuka życiem”(2005), rzecz o Hieronimie Skurpskim – nestorze olsztyńskich plasty- ków. Za swoją działalność otrzymała od- znakę „Zasłużony Działacz Kultury”.

foto: Marek Staniewicz



Jubileusz Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny

Rozdanie grantów naukowych V edycji konkursu

W tym roku już po raz piąty zostaną rozdane granty naukowe Fundacji na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny. Hasło przewodnie ostatniej edycji brzmiało: „Biotechnologia dla zdrowia”. W tym roku wybrano dwóch laureatów – Prof. dr hab. Józefa Kura i dr hab. Janusza Szemraja. Tego- roczna edycja to także okazja do święto- wania 5-lecia działalności Fundacji. Z tej okazji 12 wybitnych osobistości zostanie uhonorowanych medalem pamiątkowym „Za zasługi dla rozwoju Fundacji”.

Polska należy do krajów UE, które najmniej inwestują w badania naukowe i nowe technologie. W tej sytuacji nie- zbędne jest wsparcie ze strony sektora prywatnego. Fundacja na rzecz Wspie- rania Rozwoju Polskiej Farmacji i Me- dycyny jest pierwszym pozarządowym i trzecim co do wielkości przekazywanych kwot sponsorem polskich naukowców. Polpharma przekazała na działalność sta- tutową Fundacji już 12 mln zł.

Organizacja od początku swojej dzia- łalności przeprowadziła pięć edycji kon- kursu, na które wpłynęło ponad 300 pro- jektów badawczych. Większość z nich dotyczyła badań podstawowych. Przy- znano granty 38 zespołom badawczym, 22 projekty zostały zakończone.

Celem V edycji konkursu było poszu- kiwanie nowych metod terapeutycznych i diagnostycznych oraz produktów leczni- czych wykorzystujących biotechnologię. Grantami nagrodzono dwa projekty.

Prof. dr hab. Józef Kur przygotował pra- cę pt. „Konstrukcja serologicznych zesta- wów diagnostycznych rozpoznających tok- soplazmozę wczesną i przewlekłą”. – Za- rażenie pasożytem *Toxoplasma gondi* jest rozpowszechnione na całym świecie. Do- tyczy ono zarówno ludzi jak i zwierząt (głównie kotów, psów, bydła, owiec, kur i świń). Według danych WHO szacuje się, iż nabyte zarażenie *T. gondi* dotyczy oko- ło 1/3 ludności świata (w Polsce 60%) – wskazuje prof. Józef Kur.

Grant otrzymał również dr hab. Janusz Szemraj na realizację projektu pt. „Ak- tywność biologiczna rekombinowanych białek o właściwościach trombolitycz- no-zakrzepowych”. – Zaburzenie prze- pływu krwi w wyniku zwichnięcia, lub cał- kowitego zamknięcia światła naczynia krwionośnego przez zakrzepy wewnątrz- naczyniowe, jest powodem zawału mię- śnia sercowego, zakrzepicy żył głębokich, choroby niedokrwienia mózgu, czy zatoru płucnego. (...) Celem prowadzonych ba-

dań jest próba otrzymania rekombinowa- nych białek o właściwościach tromboli- tyczno-przeciwzakrzepowych łączących w sobie zalety naturalnie występujących białek oraz odmian z dołączoną sekwen- cją RGD w celu zmniejszenia agregacji płytek – opowiada naukowiec.

W tym roku Fundacja świętuje jubi- leusz 5-lecia działalności. Z tej okazji, 12 wybitnych osobistości za zasługi dla rozwoju Fundacji zostanie uhonorowa- nych medalem pamiątkowym stworzo- nym przez Ryszarda Stryjeckiego. Prace tego cenionego artysty w dziedzinie me- dalierstwa znajdują się w zbiorach m.in.: Muzeum Narodowego w Warszawie oraz w British Museum w Londynie.

Uroczystości będzie towarzyszyła również wystawa zdjęć prezentujących wszystkich, 37 laureatów konkursu. Au- torką zdjęć jest znana artystka, fotograf Lidia Popiel, której prace możemy po- dziwiać w prasie i na wielu wystawach w całej Polsce.

Tradycyjnie, podczas uroczystości zostanie ogłoszona następna, szósta już edycja konkursu. Tym razem Fundacja zaprasza naukowców do składania wnio-

słów projektów badawczych na temat: „Problem współpracy z pacjentem w le- czeniu oraz w profilaktyce chorób prze- wlekłych: występowanie, ocena, propo- zycje poprawy”.

Fundacja została założona w listopa- dzie 2001 r. przez największą polską fir- mę farmaceutyczną Polpharmę. W ciągu tych pięciu lat działalności zyskała pre- stiż i uznanie w środowisku polskich na- ukowców.

W 2006 r. Fundacja została wyróżnio- na nagrodą przyznaną przez wydawnic- two Termedia i otrzymała tytuł – Lider Roku 2006 w Ochronie Zdrowia, Dzia- łalność Edukacyjno-Szkoleniowa.

– Fundacja daje szansę polskim na- ukowcom. Aby zrealizować swoje dą- żenia naukowe nie muszą wyjeżdżać za granicę i efekty ich pracy zostają w kra- ju. Chciałbym, aby Fundacja, tak samo jak do tej pory, dopingowała polskich na- ukowców i dzięki jej wsparciu udało się im zdobyć polskiego Nobla. – mówi Je- rzy Starak, przewodniczący Rady Nad- zorczej Polpharma S.A.

21 marca 2007, Warszawa

Pamiątkowy Medal Fundacji „Pomagamy Ludziom Nauki”

W tym roku Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny obchodzi jubileusz 5-lecia działalności. Z tej okazji zostaną wręczone medale za zasługi na rzecz jej rozwoju. Ich autorem jest znany artysta w dziedzinie medalierstwa, Ryszard Stryjecki.

Po pięciu latach działalności Fundacja jest dobrze rozpoznawalna w środowisku naukowym jako godny zaufania partner, któremu można powierzyć realizację planów badawczych. Na sukces Fundacji składa się praca wielu ludzi, w szczególności członków Rady Naukowej, któ- rzy poświęcają swój czas pracując społecznie na rzecz Fundacji. W podziękowaniu za ich pracę władze Fundacji postanowiły przyznać im odznaczenia. Medal otrzyma również przewod- niczący Rady Nadzorczej Polpharma S.A., Jerzy Starak, bez którego inicjatywy dotyczącej po- wołania Fundacji nie można byłoby świętować jubileuszu 5-lecia tej organizacji.

Lista osób odznaczonych: • prof. dr hab. Grzegorz Gryniewicz; • prof. dr hab. Piotr Kuna; • prof. dr hab. Hubert Kwieciński; • prof. dr hab. Grzegorz Opolski; • prof. dr hab. Jacek Spła- wiński; • prof. dr hab. Eugeniusz Butruk; • prof. dr hab. Witold Gumułka; • prof. dr hab. Ro- man Kaliszan; • prof. dr hab. Edmund Przeglasiński ; • prof. dr hab. Cezary Szczylik; • Jerzy Starak, przew. Rady Nadzorczej Polpharma S.A.

Medal pamiątkowy zaprojektował Ryszard Stryjecki. W latach 1958-63 artysta studiował na Wydziale Rzeźby warszawskiej ASP, dyplom uzyskał w 1964 roku. Zajmuje się rzeźbą i me- dalierstwem. W latach 1980-89 artysta stworzył cykl 24 medali pod tytułem „Sukcesja” będą- cy satyryczną wersją historii wprowadzania komunizmu w Polsce.

Jest również autorem pomnika Zamordowanych Podczas Powstania Warszawskiego Miesz- kańców Woli oraz współautorem pomnika założyciela Instytutu Głuchoniemych w Warsza- wie, ks. Jakuba Falkowskiego. Cykl dużych rzeźb kamiennych jest eksponowany na terenie parkowym Biblioteki Uniwersyteckiej w Warszawie.

Ryszard Stryjecki uczestniczył w wielu światowych wystawach medalierstwa FIDEM m.in. w: Budapeszcie, Lizbonie, Sztokholmie, Londynie, Lozannie.

W ponad czterdziestoletniej działalności twórca miał ponad dwadzieścia wystaw indywidu- alnych w kraju i za granicą.

Współczesny słownik medyczny

A
ALKOHOL – zguba niektórych lekarzy.
AMNESTIA – może być słowem, na które liczą.

B
BRAWUROWE – działanie uzbrojonych po zęby oddziałów specjalnych, polegające na wkraczaniu do akcji (najlepiej w czasie operacji) i wyprowadzaniu lekarza na oczach pacjentów, w świetle jupiterów. Jest to nowa metoda promowania lekarza.

C
CELA – jedno z ulubionych miejsc, gdzie ostatnio kieruje się lekarzy; z niekrepującym wejściem, ale bez wyjścia; ma mu przypominać gabinet lekarski.

D
DYŻURKA LEKARSKA – miejsce, gdzie zmęczony i przepracowany lekarz czasami pije kawę i może, w każdej chwili, spodziewać się wizyty ubranych na czarno panów w kominiarkach i wyjść z nimi na spacer.

E
EPIKRYZA – czyli podsumowanie działalności

lekarza, ze szczególnym uwzględnieniem niezamierzonych błędów w jego pracy i nagłośnienie ich w środkach masowego przekazu. A wszystko po to, aby pacjenci nabierali zaufania do lekarzy.

F
FIRMY FARMACEUTYCZNE – czyli instytucje mające korumpować lekarzy (wieczne pióra, finansowanie wyjazdów naukowych); natomiast leki to sprawa drugorzędna.

G
GABINET LEKARSKI – obecnie bardzo często pomieszczenie z zakratowanym oknem, wielkości 3/3 metry, bez leżanki i biurka, za to z pryczą.

H
HAKI – narzędzia chirurgiczne do odsłaniania pola operacyjnego. Dzisiaj do dobrego tonu należy zbieranie „haków” na lekarza.

I
INTENSIVE CARE UNIT – miejsce, gdzie jeśli prokurator nie widzi, można odłączyć aparaturę podtrzymującą życie.

J
JUDYM – dr Judym; dziś, biorąc pod uwagę nasze pensje, wszyscy jesteśmy Judymami. (Pracuj, pracuj za grosze, a ja na ciebie donoszę).

K
KONIAK – symbol korzyści materialnej lekarza, będący – o czym prasa nie wspomina – przyczyną odruchów wymiotnych u obdarowywanych z wdzięczności lekarzy. Butelka koniaku stanowi doskonały pretekst do „zaobrączkowania” lekarza i przeniesienia go w miejsce odosobnienia.

L
LEKARZ – kiedyś prestiżowy zawód, dzisiaj sprowadzony do rangi zawodu lakiernika czy listonosza. Ostatnio „lekarz”, wg słów naczelnego prawnika, jest synonimem wyrazu „zabójca”.

M
MONGOLIA – kraj, który dostarczy nam wielu lekarzy.

N
NOCNY DYŻUR LEKARSKI – okazja do zrobienia (przez rodzinę) awantury lekarzowi, że ten natychmiast nie udzielił, w izbie przyjęć, pomocy pacjentowi z czyrakiem na...

O
OPATRUNEK – czynność, która, w oczach niektórych prokuratorów, może spowodować nieumyślne zakażenie rany, doprowadzając do śmierci. Najlepiej „zapuszkować” lekarza w czasie robienia opatrunku, nie czekając na jego ewentualne zropienie. OPERACJA pacjenta – czynność ryzykowna; grozi od 3 do 8 lat w razie komplikacji.

P
PRESTIŻ zawodu lekarskiego – przy obecnej nagonce medialnej jest już pojęciem historycznym.

PRZESZCZEP NARZĄDU – czynność absolutnie naganna i korupcyjogenna.

R
eRka – pojazd mechaniczny, zwany karetką, który czasami był używany do wstrzyknięć pavulon (tego, że najczęściej używa się go do ratowania życia pacjenta, już się nie eksponuje).

S
SAKSY – jedyne rozwiązanie pozwalające lekarzom (zwłaszcza młodym) stanąć na nogi i poczuć, że zawód lekarza jest darzony należyty szacunkiem. SZPITAL – miejsce, gdzie wg powszechnej opinii dokonuje się najwięcej przestępstw, zaś leczenie jest działalnością uboczną.

T
Jest TOWARZYSTWO Opieki nad Zwierzętami. Proponuje stworzenie TOWARZYSTWA OPIEKI NAD LEKARZAMI.

U
UWIĄD starczy – jest niczym w porównaniu z uwiązaniem i nędzą naszej państwowej służby zdrowia.

W
WYJAZD „na Zachód” – najlepsze rozwiązanie problemów gnębiących rodzimą służbę zdrowia (ostatni gasi światło). Patrz też pod „S”.

XY
Wielkie niewiadome, co zapowiadane reformy w służbie zdrowia przyniosą społeczeństwu.

Z
ZABÓJCA, czyli lekarz – to najczęściej lansowana nazwa naszego zawodu. Zero tolerancji (patrz też pod „L”). Oczywiście wszystko z myślą o pacjentach i ich oczekiwaniach.

Jerzy Borowicz

Z sali szpitalnej na deski teatru

Na pomysł założenia teatru wpadła grupa studentów wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie.

Jak mówi jeden z pomysłodawców, Krzysztof Batycki, teatr ma być dla jego członków zarówno realizacją zainteresowań i pasji aktorskich, jak również odskocznią od codziennych obowiązków i ciężkiej nauki.

O wsparcie przedsięwzięcia studenci poprosili swoich bardziej doświadczonych kolegów ze stowarzyszenia praktyków dramy Stop Klatka. Zrzesza ono absolwentów Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW oraz stypendystów programu „Socrates Erasmus”, studiujących na Wydziale Dramy Uniwersytetu w Exeter (Wielka Brytania).

Owocem tej współpracy jest przedstawienie dramatu Jana Dulki „Zwykli ludzie”, który wystawiamy na deskach świeżo odremontowanego Domu Medyka – mówi Krzysztof Batycki i dodaje: – Tą sztuką chcemy pokazać studentom naszej uczelni, jak duże wrażenie może zrobić na widzach spektakl przygotowany niemal w całości przez amatorów, którzy z teatrem mało mają wspólnego, ale łączą ich chęć współpracy i zamiłowanie do sztuki.

Premiera ta będzie równocześnie oficjalnym początkiem działalności Teatru Akademii Medycznej.

Chęć działania w naszym teatrze zadeklarowało już przeszło 40 studentów Akademii. Pozwoli to nam zaangażować się w pracę nad przygotowaniem dwóch

premier – cieszy się Krzysztof Batycki. – To dobrze, że moi koledzy nie żyją wyłącznie nauką i egzaminami.

Choć teatr powstał przy Akademii Medycznej, to jego członkowie zapraszają do współpracy wszystkich, którzy interesują się sztuką teatralną – nie tylko studentów Akademii. A pracy starczy dla wszystkich. Już w najbliższych miesiącach planowana jest bowiem kolejna premiera, tym razem będzie to „Pułapka na samotnego mężczyznę” Roberta Thomasa.

Liczba dramatów, jakie uda się nam wystawić, zależy przede wszystkim od tego, ile osób wyrazi chęć wstąpienia w nasze szeregi – mówi Batycki. – Zaś pozostałe sprawy, w tym pomieszczenia na występy, finanse i promocja, nie powinny stanowić problemu, bo swoją pomoc zaoferowały już władze uczelni.

Bardzo się cieszę, że nasi studenci wystąpili z pomysłem założenia teatru – mówi prof. Piotr Zaborowski, prorektor ds. studenckich warszawskiej AM. – Rolą uniwersytetu jest bowiem nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również stwarzanie młodym ludziom warunków do rozwijania zainteresowań, również na polu kultury i sztuki.

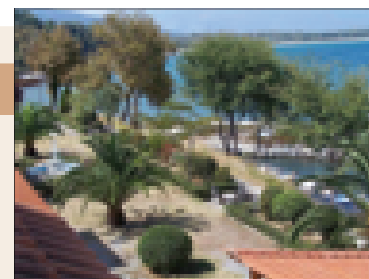
Spotkania członków teatru i próby odbywają się w każdy piątek, o godz. 18.00 w Klubie Medyków przy ul. Oczerki 5.

Grzegorz Lisicki

Imprezy różne

Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Krakowie. V edycja akcji „Lato”. Wakacje pod Olimpem
Mamy przyjemność przedstawić ofertę letniego wypoczynku w Grecji, na Wybrzeżu Olimpijskim, w miasteczku Stomio – Hotel „Vlasis”.

Stomio to małe miasteczko na Rivierze Olimpijskiej, położone 12 km od Doliny Tembi w prowincji Larisa (50 km od jej stolicy). Szmaragdowe, czyste morze, fantastyczne zatoki, niekończąca się piaszczysta plaża, miejsce, gdzie góry (masyw Olimpu) spotykają się z morzem, czynią to miasteczko niezwykle urokliwym i stwarzają cudowne miejsce rodzinnego wypoczynku. Jednocześnie jest to doskonały punkt wypadowy dla jednodniowych wycieczek do Aten, Olimpu, Salonik, Delf lub na wyspę Skiathos. Hotel Vlasis położony jest 30 m od morza przy małym porcie rybackim, 100 m od własnej plaży żwirowej i 400 m od plaży piaszczystej. Posiada restaurację, plac zabaw dla dzieci, bar na plaży. Zakwaterowanie w 4-osob. apartamentach z 2 pokojami 2-osob., kuchnią (z lodówką, kuchenką gazową 2-palnikową, naczyniami), łazienką i balkonem. Możliwość dostawienia piątego łóżka dla dziecka gratis. Hotel dysponuje także pokojami 2-osob. Pobyt nie krótszy niż 10 dni. Dojazd własny (1500 km). Cena 40 €/dzień za apartament 4-osob. lub 30€/dzień za pokój 2-osob. Cena zawiera: pobyt z noclegiem, pościel (wymiana co 3 dni), ręczniki, sprzątanie końcowe. Możliwość zakupu żywienia – śniadania, obiadokolacja (11,5 €/dzień) lub tylko obiadokolacje (7,5 €/dzień) w restauracji hotelowej. Więcej informacji na stronie www.oilkrakow.org.pl. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z podaniem odpowiadającego Państwu terminu (przypominamy - nie krócej niż 10 dni), liczby osób i kontaktu (telefon, e-mail): Darek Wójtowicz w OIL w Krakowie, tel. 012-619-17-16, e-mail: d.wojtowicz@hipokrates.org; dr med. Jacek Tętnowski, tel. 0607-240-938



II Zimowe Igrzyska Lekarskie

W dniach od 8 do 11 marca 2007 r. w Zakopanem i Nowym Targu odbyły się II Zimowe Igrzyska Lekarskie.

Udział w zawodach wzięło ok. 200 osób. Rywalizowano w tradycyjnych dyscyplinach alpejskich (slalom gigant, specjalny, zjazd, kombinacja alpejska) oraz w carvingu i skitourze, poza tym w biegach narciarskich i duathlonie zimowym, łyżwiarstwie szybkim i hokeju na lodzie. Równoległe do Igrzysk, w Nowym Targu na hali „Gorce” odbyły się II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym.

Pierwszy dzień Igrzysk odbywał się na Kotle Gąsienicowym. W przeciwieństwie do zeszłego roku udało się wyjechać uczestnikom na Kasprowy Wierch, chociaż warunki nie były łatwe – mgła i duże opady śniegu. Trasy zostały jednak przygotowane, a zawodnicy wykazali się dużymi umiejętnościami. Drugi dzień zawodów alpejskich odbył się już w lepszej pogodzie na nowotarskim Zadziale. Na trasach zdecydowanie dominowali przedstawiciele OIL w Krakowie – Roman Dereziński, Szymon Banak, Stanisław Kita, Maria Mituś. Kroku próbowali dorównać zawodnicy z Górnego Śląska – Jan Lewandowski, Mariusz i Katarzyna Smolikowie. Wśród dzieci najlepiej wypadli Miłosz Rebeś z Zakopanego, Ola Prusek z Krakowa, bracia Adam i Marcin Smolikowie z Tychów.

W biegach narciarskich startowano często rodzinie. Wygrywali Marcin i Teresa Zasusz z Andrychowa, Jan i Bożenna Wydro z Krakowa, Dorota i Jerzy Sobelowie z Wodzisławia. Poza tym wygrywała tradycyjna krajowa czołówka - Paweł Bubula, Lucjan Habieda, Jacek Łabudzki, Piotr Mikołajczyk. Tra-

sy biegowe przygotowane były w Zakopanem pod regłami, śniegu było mimo ubogiej zimy w brud.

Przez zwały śniegu przedzierali się też uczestnicy ski touru. Najlepsi z nich – Jacek Łabudzki z Sandomierza i Jakub Adamczyk z Zakopanego przemierzali przeszło 17 km z Kuźnic przez szczyt Kasprowego, Pośrednią Przełęcz z powrotem do Kuźnic. Jacek Łabudzki potraktował start jako przetarcie przed maratonem w Rzymie gdzie startował tydzień później uzyskując wynik grubo poniżej 3 godzin!

Po raz kolejny zebrała się kadra lekarzy hokeistów. Pierwszego dnia kadra pokonała amatorski zespół „Adaśko” z Nowego Targu 9:6. Drugiego dnia rozegrano pierwsze w historii mistrzostwa Polski lekarzy w hokeju, drużyn 3 osobowych. Wygrała Bydgoszcz w składzie Dariusz Możdżeń, Remigiusz Tomczyk, Grzegorz Masternak, pokonując Nowy Targ (Piotr Świst, Hubert Wolski, Maciej Jachymiak) 4:1. Trzecie miejsce zajął Białystok (Marcin Bierć, Marian Słowik, Adam Dyrda). Trzeciego dnia przy wyraźnym deficycie kondycji lekarze przegrali z amatorską drużyną „Kowaniec” 5:11 prowadząc do przerwy 4:3. Spotkania zakończyły bogaty sezon kadry lekarzy, która spotykała się na kilku zgrupowaniach oraz trenowała na lodowiskach w Nowym Targu, Tychach i Krakowie.

Na nowotarskim lodowisku odbyły się też zawody w łyżwiarstwie szybkim, przeniesione z nie zamrożonego toru w Zakopanem. Najszybszym zawodnikiem był nowotarżanin Piotr Świst. Najszybszą Panią na torze była szczecinianka Misia Przyłuska, która zdobywała też medale w dyscyplinach alpejskich i biegowych. Misia była bezwzględnie najbardziej uniwersalnym uczestnikiem igrzysk i nie po raz pierw-



szy rekordzistką w ilości zdobytych medali. Podobną uniwersalnością i ilością zdobytych medali wykazała się rodzina Kleczów z Tarnowskich Gór. Zdobyła też tytuł najbardziej usportowionej rodziny Igrzysk; stawili się na zawodach w 12-osobowym, wielopokoleniowym składzie.

Mistrzostwa Polski w Tenisie Stołowym dały okazję do spotkania czołówek krajowej i przygotowania do igrzysk światowych oraz turnieju na wrześniowe igrzyska w Zakopanem. W krajowej czołówce tenisowej najlepsi potwierdzili swoją supremację.

Wspólne zakończenie zawodów odbyło się w nowotarskiej „Górolskiej Strawie”. Ceremonie medalowe prowadzili prezes OIL w Krakowie dr Jerzy Friediger, wiceprezes NRL dr Ryszard Golański oraz przewodniczący komisji kultury i sportu NRL dr Jacek Tętnowski.

Szczegółowe wyniki igrzysk na stronie www.igrzyskalekarskie.org

A już od 5. do 9. września w Zakopanem i Nowym Targu V Igrzyska Lekarskie.

Maciej Jachymiak



Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rok 1982

Zjazd Jubileuszowy, w 25 rocznicę dyplomu, w dn. 28-30.09.br. w Juracie, w Domu Wypoczynkowym „Jantar”. Koszt udziału 300 zł + koszty noclegu (50 zł/os. za dobę). Warunkiem potwierdzenia udziału jest wpłata kwoty 300 zł/os. na konto: EFmed Sp. z o.o. nr 48 1750 1022 0000 0000 0870 7553. Wpłaty do 30.06.br. Kontakt: Anna Sitarska, tel. 058-52-00-206, e-mail: efmed@efmed.pl; Piotr Flejszman, tel. 0601-618-996.

Oddział Stomatologii AM w Białymstoku, rok 1982

Zbliża się 25 rocznica zakończenia naszych studiów. Zapraszamy wszystkich absolwentów AM w Białymstoku z roku 1982 do wzięcia udziału we wspólnym spotkaniu w dn. 30.06.-1.07.br. w Ośrodku Szkoleniowo-Konferencyjnym w Turośni Kościelnej nieopodal Białegostoku. Prosimy o powiadomienie wszystkich Kolegów, również tych mieszkających poza Polską. Przewidywany koszt uczestnictwa 250,00 zł/osoba, w tym transport z Białegostoku, wyżywienie, uroczysta kolacja i nocleg. Zgłoszenia wraz z telefonami kontaktowymi do 1.06.br. przyjmuje Jerzy Gryko, e-mail: jerzygryko@op.pl lub tel. 0605-683-511; 085-661-51-09 (dom). Wpłaty na konto: 88 1910 1048 2123 9905 2841 0002, z dopiskiem: Zjazd Absolwentów 1982.

Wydział Lekarski AM w Warszawie, lata 1947-1952

15.06.br. o godz. 14.00 w Klubie Lekarza w Warszawie, ul. Raszyńska 54 odbędzie się spotkanie koleżeńskie z obiadem ww. absolwentów z okazji 55 rocznicy ukończenia studiów. Koszty uczestnictwa 80 zł od osoby; pozostałe informacje: nr tel. 022-822-24-70 oraz 022-858-29-07. Prof. zw. dr hab. med. Jerzy Makowski, dr med. Mieczysław Choromański – Komitet Organizacyjny Spotkania.

AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, rocznik 1951-1957

Odnowienie dyplomu w 50 rocznicę, w sobotę 13.10.br. Zgłoszenia: Jerzy Sikorski - Klinika Chirurgii Urazowej, Leczenia Oparzeń i Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań, tel. 0691-941-850, 061-87-39-263, faks 061-87-39-218, e-mail: sikorskijerzy@vp.pl. Oplata za uczestnictwo 150 zł, osoba towarzysząca 120 zł. Konto: Polskie Towarzystwo Leczenia Oparzeń, Oddział Wielkopolski GBW o/Poznań 33 1610 1133 7209 3624 2000 0001. Zgłoszenia i opłaty do 31.05.br.

Wydział Lekarski AM Kraków, rocznik 1977

Zjazd koleżeński w 30 lat po dyplomie. Kraków – Cedzyna k. Kielc w dn. 22-24.06.br. Kontakt: Bogusław Kowalski, skr. poczt. 1197, 25-150 Kielce 3, e-mail: zjazd77@wp.pl

Wydział Lekarski Pomorskiej AM rocznik 1987

Zjazd absolwentów 10.06.br. w Międzyzdrojach. Informacje: e-mail: rysio11@wp.pl, www.pam-1987.com, dr med. Bohdan Fugiel

Śląska AM Wydział Lekarski i Stomatologii rocznik 1981-1987

Serdecznie zapraszamy Szanowne Koleżanki i Kolegów na Spotkanie Jubileuszowe, które odbędzie się 9.06.br. w Wiśle w Hotelu Gołębiowski. Rejestracja: Biuro Zjazdowe w Hotelu Gołębiowski na hasło „Absolwent 1987” do 31.05.br., tel. 033-855-41-31, 033-855-47-00. Informacje: www.absolwent.slam1987.prv.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE www.absolventus.pl

SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.

PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOZLIWIĄJĄ

SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

VI Mistrzostwa Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych

odbędą się 20.05.br. (niedziela) w Zielonej Górze, na stadionie MOSiR przy ul. Sulechowskiej, w godz. 11.00-13.00. Konkurencje: bieg 60 m i 600 m, skok w dal, pchnięcie kulą. Przewidziane puchary i nagrody. Po zakończeniu części sportowej – spotkanie przy grillu. Wpisowe 30 zł od rodziny. Informacje tel. 068-320-58-61, 0601-790-707. Serdecznie zapraszamy lekarzy sportowców wraz z rodzinami do wspólnej zabawy.

Championat SzachMedica – VII Indywidualne i Drużynowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w P'15

oraz imprezy towarzyszące: - Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu w P'5; - Mistrzostwa Polski w Rozwiązywaniu Zadań Szachowych (pierwsza edycja); - Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P'15; - Symultana i spotkanie z zaproszonym Gościem; - Konferencja naukowa „Medycyna, a szachy”, odbędą się 17-20.05.2007 r. w Hotelu „ZIEMOWIT”, Ustroń, ul. Szpitalna 88. Organizator: NIL, Śląska IL w Katowicach przy współpr. MTPGSz „Centrum” Zabrze i Sekcji Szachowej MOSiR Zabrze. Formuła zawodów pozwala znaleźć odpowiednią konkurencję praktycznie dla każdego. Sprzęt do gry w całości zabezpiecza organizator. Kontakt – e-mail: biuro@zabrze.org.pl, maalfred@ka.onet.pl, tel. 032-278-10-34, 0605-569-065. Informacje: www.chessarbiter.to.pl, www.szs.org.pl, www.pzszech.org.pl.

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2007 r.)

Medycyna Praktyczna – kursy i konferencje:

- **12.05.** Wrocław, Hotel Holiday Inn, ul. Piłsudskiego 49/57. • **26.05.** Katowice, Kamssoft, ul. 1-go maja 133. **Zakażenia wirusami hepatotropowymi**
- **26.05.** Wrocław, Hotel Sofitel, ul. Św. Mikołaja 67. • Białystok, Centrum konferencyjne Titanic, ul. Pogodna 16 D. **Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego**
- **2.06.** Warszawa, Hotel Radisson SAS, ul. Grzybowska 24. • Łódź, Łódzki Dom Kultury, ul. R. Traugutta 18. • **22.06.** Gdańsk, Aula Politechniki Gdańskiej, ul. G. Narutowicza 11/12. **Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego**
- **15-16.06.** Warszawa, Sala Kongresowa Pałacu Kultury i Nauki. **Interna 2007** – VI Krajowa Konf. Szkol. TIP
- **21-22.09.** Kraków, Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232. **Pediatric 2007** – VI Konf. Szkol. Krakowskiego Oddz. PTP
- **30.11.-1.12.** Kraków, Nowohuckie Centrum Kultury, al. Jana Pawła II 232. **Ginekologia i Położnictwo 2006** – III Krajowa Konf. Szkol.

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy:

- **13-18.05.** Ciechocinek. **Doppler** – podstawowy,
- **8-12.05.** Ciechocinek. **Echokardiografia** – podstawowy,
- **1-3.06.** Ciechocinek. **USG brzucha** – zaawansowany,
- **24-29.06.** Konstancin-Jeziorna. **USG w ortopedii**.

Informacje na stronie www.cedus.edu.pl, tel. 022-646-41-56.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (rok założenia – 1993)

- **21-25.05.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
- **4-6.06.** **Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci** – kurs podstawowy
- **18-20.06.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
- **18-20.06.** **Diagnostyka USG tarczycy, przystarczyc i ślinianek** – kurs podstawowy
- **19-20.07.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej** – kurs podstawowy
- **11-12.10.** **Zastosowanie badań USG w diagnostyce urologicznej** – kurs doskonalący:

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel.: 071-348-39-66, 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl. Nasza oferta w internecie www.usg.webd.pl. Numer w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów DIL: 69-000032-001-0000

- **24.05.** Warszawa. Hotel Holiday Inn. Centrum **CBT**, pod patron. Kliniki **Psychiatrii Wieku Rozwojowego** Dzieci i Młodzieży AM w Warszawie, organizuje konf. szkol.-nauk.: **Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży**. Informacje: Dział Marketingu i Reklamy Centrum CBT, tel. 022-621-70-74. Szybka informacja: tel. 0511-239-374, 0504-945-997, e-mail: ikendra@cbt.pl; miwanek@cbt.pl

- **25.05.** godz. 10.00-18.00, Warszawa. Pałac Kultury i Nauki (Sala Koncertowa VI p.). I Konf. „**Bezpieczny szpital**” pod patronatem Dyktoriatu Generalnego Komisji Europejskiej ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów Unii Europejskiej, poświęcona wpływowi zakażeń na ryzyko szpitalne z uwzględnieniem trzech bloków tematycznych: „Organizacja przeciwdziałaniu zakażeniom”, „Mikro-

biologiczne aspekty zakażeń”, „Nowoczesna sterylizacja”. Informacje: www.twojezdrowie.com.pl; „Twoje Zdrowie”, 01-498 Warszawa, ul. Podmiejska 12, tel. 022-861-41-57-58, faks 022-638-41-06, e-mail: biuro@twojezdrowie.com.pl

- **28.05.** Warszawa, Galeria Porczyńskich. Druga z cyklu trzech konferencji poświęconych aktualnym problemom ochrony zdrowia: **Międzodrodne metody oceny funkcjonowania (efektywności) szpitali**. Zakres tematyczny: – *Możliwości wykorzystania narzędzi badawczych w ocenie funkcjonowania szpitali*; – *Rola i formy sprawowania nadzoru nad publicznymi zakładami opieki zdrowotnej przez organy założycielskie*; – *Metodologia oceny szpitali* *Uzasadnienie prac badawczych w zakresie oceny szpitali*; – *Możliwości wykorzystania metod badawczych w ocenie funkcjonowania szpitali*; – *Doświadczenia we wdrażaniu badania efektywności szpitali na przykładzie woj. dolnośląskiego*; – *Inteligentny budynek - nowoczesny i oszczędny szpital XXI w.*; – *Skuteczny menedżer w jednostkach służby zdrowia*. Temat trzeciej z cyklu konferencji: • **25.06.** Warszawa, Galeria Porczyńskich. **Instrumentarium systemu komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w perspektywie zmian legislacyjnych**. Informacje i zapisy: Agencja Konsultingowo-Edukacyjna Ordo sp. z o.o., ul. Elektryczna 1, 15-080 Białystok, tel. 085-73-222-03, faks 085-74-060-26, e-mail: biuro@ordo.info.pl, www.ordo.info.pl. Magdalena Grzegorzczak

- **1-2.06.** godz. 9.00. Warszawa, Centrum Olimpijskie, ul. Wybrzeże Gdańskie 4. Fundacja Edukacji Medycznej, Promocji Zdrowia, Sztuki i Kultury „Ars Medica” i PT Med. **Sportowej** organizują: konf. nauk.-szkol. nt. „**Sport i aktywność ruchowa dzieci i młodzieży – wybrane aspekty medyczne**”. Kom. org.: 01-813 Warszawa, ul. Marymoncka 34, skr. 23. Informacje: tel/faks 022-834-67-72, 022-405-42-72, 0601-227-899, e-mail: nauka@medsport.pl; www.medsport.pl. Pkty edukac.

- **2.06.** Warszawa. Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.30. Warszawsko-Otowski Oddz. PTCP organizuje kolejną sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Choroby opłucnej, śródpiersia i obturacyjnego bezdechu podczas snu**. Wstęp bezpłatny, pkty edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl, kierownik kursu: Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl; sekretarz: Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacjagod@mediclub.pl; sekretariat oddziału: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 (w. 106).

Kursy medyczne Skolamed

- **14-15.06.** i **13-14.09.** Lublin. **Podstawy neurosonologii - badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych**. Kurs przeznaczony dla lekarzy ultrasonografii dopplerowskiej (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”). Patronat Sekcji Neurosonologii PTN. 14 pktów edukac.
- **14-15.09.** Krynica-Zdrój. XII Konf. Nauk.-Szkol.: **Postępy w ginekologii onkologicznej**. Patronat naukowy - konsultant woj. w dziedz. **ginekologii onkologicznej** doc. dr hab. Zbigniew Kojas. Organizator: ordynator oddz. ginekol.-położ. Szpitala im. J. Dietla w Krynicy Zdroju dr Janusz Stettner. Informacje: www.krynica-zdroj.com/konferencja; tel. 0600-559-857, e-mail: konferencja@krynica-zdroj.com

- **15.06.** Warszawa, Filharmonia Narodowa (Sala Kameralna). Kurs podyplomowy Europejskiego Tow. **Gastroenterologii i Endoskopii** (European Association for Gastroenterology and Endoscopy, EAGE) „**Focus on Controversies in Gastroenterology**”. Informacje i program: www.wsgastro.pl

- **16.06, 13.10., 17.11., 8.12.** Warszawa, Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc, godz. 9.00-13.00. **Szkolenie dla chorych na astmę** (bezpłatne i bez zapisów), org. przez Tow. Przyjaciół Chorych na Astmę. Informacje: tel. 022-43-12-110, -425, ul. Płocka 26, lok. 24, 01-138 Warszawa, e-mail: tpcha@igichp.edu.pl, sekretariat@astma.waw.pl

- **16-17.06.** Warszawa, Filharmonia Narodowa (Sala Koncertowa). Konferencja poświęcona postępom i standardom w **gastroenterologii**. Informacje i program: www.wsgastro.pl

- **25-27.06.** Hotel Chiński, 81-769 Sopot, al. Wojska Polskiego 1. Centrum **CBT** w Warszawie organizuje konf. szkol. „**Letnia szkoła psychoterapii poznawczo-behawioralnej**”. Informacje: tel. 022-621-70-74, faks 022-621-37-48, 0511-239-374, 0504-945-997, e-mail: ikendra@cbt.pl; miwanek@cbt.pl

- **28-30.06.** Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński, University of Giessen Germany Department of Gynecology. **Kurs zaawansowanych technik laparoskopowych**. Patronat: AGE - Germany, ESGE - Europ, DGGG - Germany, Sekcja Endoskopii PTG. Zakończony uzyskaniem certyfikatu. Prowadzący: prof. A. Basta, dr. A. Hackethal, prof. H. R. Tinneberg, prof. M. Zygmunt. Program: *TLH (Total Laparoscopic Hysterectomy)*; *LASH (Laparoscopic Supracervical Hysterectomy)*; *Radykalna laparoskopowa histerektomia z lymfadenektomią miedniczą i okołoaortalną*; *Laparoskopowa sakropeksja*; *Miomektomia*; *Laparoskopowe operacje na przydatkach*. Wykłady, prezentacje, zabiegi operacyjne (live – surgery, live transmission), sesje treningowe, ćwiczenia praktyczne. Opłaty: 600 PLN – wykłady, transmisje, 900 PLN – wykłady, transmisje, bezpośrednie uczestnictwo w zabiegach, sesja treningowa. Wpłaty na konto: Fundacja na Rzecz Rozwoju Onkologii Ginekologicznej 6412402294111000037233132 z dopiskiem kursu laparoskopii. Zgłoszenia do 20.05 na adres: Sekretariat Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Onkologii CMUJ, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23, tel. 012-424-85-60, tel/fax 012-424-85-84. Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń. Organizacja i informacje: dr Artur Ludwin tel. 0502-398-502, ludwin@cm-uj.krakow.pl

- **30.06.** Ciechocinek, Katedra **Stomatologii** Zachowawczej, Endodoncji i Periodontologii UM w Łodzi oraz Włocławskie Stow. Lek. Stomatologów organizują kurs pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL: „**Biologiczne, kliniczne i techniczne aspekty leczenia kanałowego**”. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16

- **12-15.09.** Poznań. 63 Zjazd Tow. **Chirurgów** Pol., org. przez Kat. i Klin. Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej AM w Poznaniu; w Centrum Kongr. Międzynar. Targów Poznańskich, 60-734 Poznań, ul. Głogowska 14. Tematy główne: – *Nowe techniki i technologie na użytek chirurgii*; – *Postępy w zapobieganiu i leczeniu zakażeń*; – *Edukacja chirurgiczna w ramach ustaleń unijnych*; – *Rola chirurga ogólnego w leczeniu chorób nowotworowych*; – *Miejsce chirurga ogólnego w leczeniu obrażeń ciała*; – *Leczenie chirurgiczne chorób jelita grubego*; – *Postępy w chirurgii endokrynologicznej*. Informacje i zgłoszenia: <http://63zjazdchp.poznan.pl>, www.bokiz.pl, Biuro Organizacji Konferencji i Zjazdów (BOKiZ) Fundacji AM, ul. Tęczowa 3, 60-275 Poznań, tel./fax 061-662-11-20, e-mail: biuro@bokiz.pl.

- **27-29.09.** Łódź. VI Międzynar. Kongres PTR. **Rehabilitacja Medyczna – profilaktyka pierwotna i wtórna niepełnosprawności**. Przeznaczony dla lekarzy rehabilitacji medycznej, medycyny sportowej, ortopedów, neurologów i reumatologów. Tematyka: – *Rehabilitacja medyczna jako zespół działań ograniczających niepełnosprawność narządu ruchu*; – *Metody specjalne w rehabilitacji medycznej*; – *Nowoczesne metody rehabilitacji kardiologicznej i monitorowania przebiegu rehabilitacji medycznej*; – *Problemy rehabilitacji dzieci i młodzieży*; – *Rehabilitacja medyczna w reumatologii*; – *Fizjoterapia w medycynie sportowej*; – *Rehabilitacja narządów zmysłów*; – *Diagnostyka medyczna i fizjoterapeutyczna w rehabilitacji leczniczej*; – *Uwarunkowania socjomedyczne i prawne rehabilitacji osób niepełnosprawnych*; – *Tematy wolne*. Pkty edukac. Informacje: www.kongresptreh.pl, e-mail: biuro@kongresptreh.pl, Klinika Rehabilitacji Medycznej UM w Łodzi, Wojewódzkie Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. Dr. Radlińskiego, ul. Drewnowska 75, 91-002 Łódź, tel./faks 042-654-01-19, tel. 253-71-77 lub 256-36-04 do 05 wew. 177. Sekr. Kom. Org. Kamila Gworys

- **28-29.09.br.** Gdańsk. Zakład **Etyki**, Bioetyki i Deontologii AM w Gdańsku organizuje I Ogólnopol. Konf.: **Nauczanie etyki w uczelniach medycznych**. Komitet Org.: Zakład Etyki, Bioetyki i Deontologii, Akademia Medyczna, ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk, tel./faks 058-349-14-86, www.etyka.amg.gda.pl, e-mail: zakladetyki@amg.gda.pl

- **5-6.10.** Łódź. Konf. z cyklu „Od praktyki do wiedzy” pt. „**POChP i Astma**”. Cz I – **POChP**, Informacje: www.vita.cn.pl, tel.: 601-344-272, 698-650-140.

- **11-13.10.** Kraków. II Środ. Europ. Kongr. **Osteoporozy i Osteoartrozy**, XIV Zjazd PT Osteoartrologii i Pol. Fund. Osteoporozy. Języki wykł.: polski i angielski, tłum. symultaniczne. Nadsyłanie streszczeń do 31.03. Rejestracja: wczesna do 31.05., standardowa do 31.08. Informacje: Komitet Organizacyjny, Polskie Towarzystwo Osteoartrologii, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, tel. 012-423-20-80, fax 012-430-31-53, www.osteoporoza.org, e-mail: krakow@osteoporoza.org

- **12-13.10.** Lublin. PTG, I Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety” zapraszają na Konf. Nauk.-Szkol. **Immunoterapia w Ginekologii i Położnictwie**. Tematyka: – *Perspektywy immunoterapii raka jajnika*; – *Immunoterapia w profilaktyce i leczeniu raka szyjki macicy*; – *Endometriozę*; – *Konflikt serologiczny*; – *Postępy w immunologii klinicznej*; – *Immunoterapia w onkologii*; – *Sterydy płciowe a układ immunologiczny*; – *Infekcje wirusowe w ciąży*; – *Komórki macierzyste*; – *Immunologiczne podłoże utraty ciąży wczesnej*. Informacje: www.ginonkol.paiz.com.pl. Zgłoszenia udziału, zakwaterowanie i płatności – Biuro Konf.: Biuro Kongresów i Turystyki Skolamed, P-AIZ Konsulting Sp. z o.o., 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. 081-534-43-87, 534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: kongres@paiz.com.pl, <http://kongres.paiz.com.pl>. Informacje nt. programu naukowego: Komitet Organizacyjny Konferencji, I Katedra i Klinika Ginekologii AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie 20-081 Lublin, ul. Staszica 16, tel. 081-532-78-47, faks 081-532-06-08, e-mail: ginonkol@am.lublin.pl. Przew. Kom. Nauk. prof. dr hab. Jan Kotarski, Przew. Kom. Org. dr hab. Wiesława Bednarek

- **12-14.10.** Białystok. Klinika Obserwacyjno-Zakaźna AM w Białymstoku oraz PTEiLChZ organizują Konferencję: **Medycyna Podróży**. Program interdyscyplinarny. Tematy: – *Szczepienia*; – *Choroby przywlekane*; – *Parazytozy*; – *Problemy zdrowotne w podróży*; – *Aspekty pediatryczne podróży*; – *Zakażenia wirusami hepatotropowymi*; – *Zakażenia HIV*; – *Choroby odkleszczowe. Problemy weterynaryjno-medyczne*. Koszt uczestnictwa 300 zł, rejestracja do 15.06.br. Informacja bieżąca: www.medycynapodrozy.pl. Adres Komitetu Org.: Klinika Obserwacyjno-Zakaźna w Białymstoku, ul. Żurawia 14, 15-540 Białystok, tel. 085-741-69-21, e-mail: doctors@amb.edu.pl

- **29-30.11.** i **6-7.12.** Lublin. **Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych** (TCD). Kurs doskonalący w zakresie przezczaszkowej ultrasonografii dopplerowskiej przeznaczony jest dla lekarzy (głównie **neurologów i radiologów**), którzy przeprowadzili samodzielnie ponad 100 badań TCD. Uczestnicy mogą przywieźć wydruki przeprowadzonych przez siebie badań, które przysporzyły im szczególnych trudności interpretacyjnych. Będą one wspólnie omawiane. Szkolenie i wykłady prowadzić będą doświadczeni pracownicy Pracowni Neurosonologii Kliniki Neurologii AM w Lublinie. Informacje: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: Skolamed, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: medyczne@paiz.com.pl

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne** podstawowe i doskonalące. Wiosna i jesień: – **Echokardiografia**; – **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowce, układ tętniczy i żylny kończyn dolnych, aorta brzuszna)**; – **Ultrasonografia w pediatrii**; – **Badanie przeziemięczkowe**; – **Ultrasonografia jamy brzusznej**; – **Narządy powierzchniowe szyi (tarczycza, ślinianki, węzły chłonne)**; – **Ultrasonografia gruczołu piersiowego**; – **Ultrasonografia naczyń w neurologii**. Pkty edukac. OIL. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. kom. 603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** – kursy praktycznej ultrasonografii podstawowe i doskonalące – **jesień 2007 r.** Informacje: www.usg.com.pl. Pkty edukac. Patronat i akredytacja PTU.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

REKLAMA

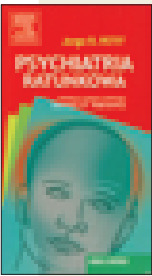
REKLAMA

Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.,
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071 330 61 61.
Książki można zamawiać: www.elsevier.pl, e-mail: elsevier@azymut.pl,
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86



Radiologia w stanach nagłych
Nigel Raby, Laurence Berman, Gerald de Lacey
red. II wyd. polskiego **Bogdan Pruszyński**
Wrocław 2007, str. 340

Podręcznik opracowany przez autorów o dużej wiedzy i doświadczeniu w dziedzinie traumatologii. Poświęcony głównie rozpoznawaniu chorób układu kostnego. Zawiera wiele informacji dotyczących m.in. rozpoznawania nie tylko zmian oczywistych ale przede wszystkim uszkodzeń dyskretnych lub nietypowych, które mogą stwarzać trudności diagnostyczne. Wyczerpująco przedstawia metody oceny obrazów radiologicznych okolic, które są trudno dostępne w badaniu, co w wielu przypadkach pozwala uniknąć pułapek diagnostycznych. Adresowany do osób specjalizujących się w radiodiagnostyce, ale także dla lekarzy pogotowia, izby przyjęć, chirurgów i ortopedów.



Psychiatria ratunkowa. Podręcznik dla lekarzy i studentów
Jorge R. Petit
red. wyd. I polskiego **Sławomir K. Sidorowicz**
Wrocław 2007, str. 466

Autorzy opisują obrazy kliniczne najczęstszych i najgroźniejszych objawów i zaburzeń psychicznych, metody ich rozpoznawania oraz te rodzaje terapii, które powinny być najskuteczniejsze i przynosić jak najszybsze efekty przy minimalnym ryzyku podczas krótkotrwałego pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym. Przeznaczony nie tylko dla psychiatrów i studentów medycyny, ale także dla lekarzy pracujących w izbach przyjęć, szpitalnych oddziałach ratunkowych i innych ośrodkach tego typu.



Pediatria
David Pang, Tim Newson, Christine Budd, Mark Gardiner
red. wyd. I polskiego **Mieczysława Czerwionka-Szaflarska**
Seria **Crash Course**
red. serii **Daniel Horton-Szor**
tłum. **Medlingua – Michał Tomaszewski**
Wrocław 2007, str. 418

Seria podręczników do przedmiotów klinicznych dla studentów. Opracowana i napisana przez studentów i nauczycieli akademickich. Układ podręczników, ich przejrzysta forma, liczne tabele, ryciny i zestawienia służą lepszemu przyswajaniu wiedzy. Autorzy podkreślają i dowcipnie obrazują najważniejsze informacje, podają najczęściej spotykane pytania egzaminacyjne, pomijają rzeczy zbędne i nieistotne.



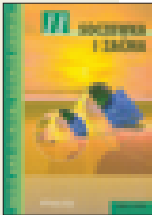
Okulistyka. Podręcznik dla studentów
Cynthia A. Bradford red
red. I wyd. polskiego **Justyna Izdebska**
Wrocław 2006, str. 224

Autorami podręcznika są wybitni specjaliści z Amerykańskiej Akademii Okulistycznej. Zawiera niezbędne wiadomości do rozpoznawania i leczenia schorzeń oczu. Uczy zbierania wywiadu oraz techniki badania okulistycznego. Szczególny nacisk położono na dolegliwości zgłoszone przez pacjentów oraz ocenę czynników ryzyka chorób oczu. Dużo miejsca poświęcono zmianom zachodzącym wraz z wiekiem oraz pierwszej pomocy po urazach narządu wzroku. Zawiera praktyczne porady dot. prowadzenia pacjenta ze schorzeniem oczu przez lekarza nie będącego okulistą. Pozycja opatrzona licznymi rycinami i testami sprawdzającymi wiadomości.

Soczewka i zaćma

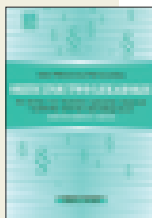
red. wyd. I polskiego **Józef Kaluźny**
tłum. z j. angielskiego **Zespół**
Seria **Basic and ClinacScience Course**, część 11
Wrocław 2007, str. 282

Seria zawiera 13 części obejmujących podstawową wiedzę z zakresu okulistyki, dziedzin pokrewnych i wybranych tematów. Podręczniki z tej serii są przeznaczone dla lekarzy specjalizujących się i praktykujących w zakresie szeroko pojętych zagadnień dotyczących okulistyki. Publikacja prezentuje najnowszą wiedzę teoretyczną w połączeniu z praktyką.



Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-stomatologicznych
Anna Wilmowska-Pietrusińska
wyd. III popr. i uzup. Wrocław 2007, str. 130

Publikacja zawiera szczegółowe wytyczne i wyjaśnienia zawarte w następujących rozdziałach: Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności; Ubezpieczenia społeczne, majątkowe i osobowe; Orzecznictwo lekarskie w ubezpieczeniu społecznym; Świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (m.in. pieniężne, rentowe, z tytułu wypadków i chorób zawodowych, renta socjalna); Opiniodawstwo sądowo-lekarskie; Badania wstępne, okresowe i kontrolne; Badania lekarskie kierowców; Opiniodawstwo lekarskie w szkolnictwie; Badania lekarskie dzieci i młodzieży do 21 roku życia amatorsko uprawiających sport; Załączniki: formularze i wzory zaświadczeń.



Interpretacja danych klinicznych w pytaniach i opisach przypadków
H. L. C. Beynon, J. B. van den Bogaerde, K. A. Davies

red. wyd. I polskiego **Franciszek Kokot**
Wrocław 2007, str. 230

Zbiór pytań testowych z zakresu chorób wewnętrznych. Na podstawie opisów przypadków klinicznych należy ustalić najbardziej prawdopodobne rozpoznanie, przeprowadzić diagnostykę różnicową lub wybrać najwłaściwszy sposób leczenia. Podręcznik umożliwia zastosowanie wiedzy medycznej w konfrontacji z realną sytuacją kliniczną, a także jest doskonałą pomocą dla lekarzy przygotowujących się do Państwowego Egzaminu Lekarskiego.



Postępowanie w nagłych zagrożeniach zdrowotnych

Peter Sefrin, Rainer Schua
red. II wyd. polskiego **Juliusz Jakubaszko**
Wrocław 2007, str. 328

Kieszonkowe wydanie skierowane do lekarzy i personelu medycznego oddziałów ratunkowych jest niezawodną pomocą w nagłych sytuacjach klinicznych obejmujących przypadki z: okulistyki, chirurgii, ginekologii, otolaryngologii, chorób wewnętrznych, toksykologii, pediatrii, neurologii, psychiatrii, urologii i zagrożenia z przyczyn środowiskowych. Na podstawie opisów 100 przypadków przedstawiono wskazówki dot. diagnostyki, leczenia oraz transportu pacjenta w stanie zagrożenia życia, a także omówiono błędy, których należy unikać w postępowaniu z takimi chorymi. Dodatek obejmuje objaśnienia dot. badań klinicznych w nagłym zagrożeniu zdrowotnym, tlenoterapii, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, stwierdzenia zgonu, pediatrii, leków i innych środków stosowanych w zagrożeniu życia z różnych przyczyn, objawów i pierwszej pomocy w zatruciach narkotykami, gazami, lekami itp.



Kompendium fizjoterapii
Jonathan Kenyon, Karen Kenyon
red. wyd. I polskiego **Zbigniew Śliwiński**
Wrocław 2007, str. 342

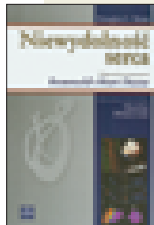
Kieszonkowy, podręczny zbiór niezbędnych pojęć, w którym omówione zostały najważniejsze zagadnienia z zakresu fizjoterapii, takie jak: budowa układu kostno-szkieletowego i mięśni, zaburzenia neurologiczne oraz wiadomości dotyczące układu oddechowego.



Zamieszczono tu także część dotyczącą farmakologii oraz osiem krótkich rozdziałów dodatkowych: Elektroterapia; Używane skróty i akronimy; Przedrostki i przyrostki; Postępowanie fizjoterapeutyczne z samodzielnie oddychającym pacjentem z ostrą niewydolnością oddechową; Podstawowe zabiegi dla dorosłych ratujące życie; Podstawowe zabiegi ratujące życie u dzieci; Prawdopodobne wartości parametrów laboratoryjnych; Piśmiennictwo.

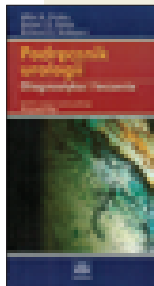
Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.

20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21, tel. 081-534-77-99,
faks 081-534-77-88, www.czelej.com.pl, wydawnictwo@czelej.com.pl



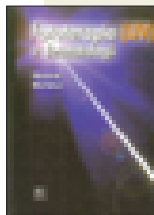
Niewydolność serca
D. L. Mann
red. naukowa wyd. polskiego **Mirosław Dłużniewski**
Lublin 2006, str. 864, cena 148,00 zł

Kompendium wiedzy na temat chorób serca i niewydolności krążenia. Podręcznik obejmuje 47 rozdziałów. Omawia podstawowe mechanizmy powstawania progresji choroby, etiologię, ocenę kliniczną i leczenie. Szczegółowo opisano m.in. zaburzenia dot. miocytów, zjawisko remodelingu, rolę trójfosforanu, rolę trójfosforanu adenozy, dysfunkcje komórek śródbłonna. Przedstawiono również problematykę zmiany dot. współczulnego i przywspółczulnego układu nerwowego, zmiany w obrębie nerek, mięśni szkieletowych, płuc i przepony. Opisano epidemiologię choroby, czynniki predysponujące do zachorowania oraz umieralność i śmiertelność z powodu niewydolności krążenia, a także stany patologiczne prowadzące do rozwoju niewydolności krążenia. Omówiono postępowanie w niewydolności krążenia. Dopelnieniem całości są najnowsze wytyczne dot. badań kontrolnych i stosowania wysiłku fizycznego oraz zalecenia dla pacjentów.



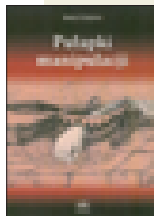
Podręcznik urologii. Diagnostyka i leczenie
M. B. Siroky, R. D. Oates, R. K. Babayan
red. naukowy wyd. polskiego prof. **Krzysztof Bar**
Lublin 2006, s. 574, cena 68.00 zł

Książka przydatna w codziennej praktyce lekarza rodzinnego, a także studenta medycyny. Trzecie uzupełnione i uaktualnione wydanie wzbogacone zostało m.in. najnowszą wiedzą z zakresu laparoskopii i endoskopii. Zaprezentowano metody diagnozowania schorzeń układu moczowo-płciowego. Omówiono choroby i związane z nimi dolegliwości. Cennym uzupełnieniem treści są liczne ilustracje i tabele.



Fototerapia (UV) w dermatologii
Hanna Wolska
Lublin 2006, str. 176, cena 68.00 zł

Pierwsza część książki dotyczy metodyki światłolecznictwa-naświetlań UV, rodzajów urządzeń do naświetlań, fotochemoterapii (PUVA), terapii skojarzeniowej, leczenia wymagającego naświetlania, naturalnej klimatoterapii, terapii fotodynamicznej. Omówiono także rolę solariów oraz zasady stosowania poszczególnych metod fototerapii i opis ich działań niepożądanych. W dalszych rozdziałach przedstawiono zastosowanie fototerapii w leczeniu różnych chorób. Omówioną praktykę ilustrują liczne ryciny.



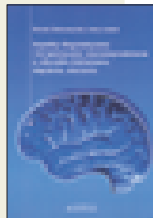
Pułapki manipulacji
Anna Grzywa
Lublin 2006, str. 176, cena 34.00 zł

Publikacja zajmuje się zagadnieniem manipulacji – jej znaczeniem, cechami i typami. Poruszone są takie tematy jak: techniki manipulacyjne, manipulacja emocjami, wywoływanie poczucia winy, wpływanie na podejmowanie decyzji, odwoływanie się do autorytetów jako skutecznego narzędzia manipulacji, propaganda, reklama, sztuka i techniki negocjacji, mobbing, „pranie mózgu”, sekty oraz ideologie. Książka adresowana do lekarzy psychiatrów, psychologów jak i do wszystkich interesujących się tymi zagadnieniami.

Ponadto nadesłano

Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne neurozwyrodnienia w chorobie Alzheimer, otępieniu, starzeniu

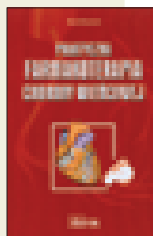
Wanda Dobryszczycka, Jerzy Leszek
Wrocław 2007, **Wydawnictwo Continuo**,
53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325,
tel./faks 071-791-20-30, tel. kom. 0601-774-733,
e-mail: wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl,
www.continuo.wroclaw.pl, str. 68, cena 19 zł.



Kolejna, po Chorobie Alzheimer. Patogeneza, diagnostyka, leczenie oraz Demencje wieku podeszłego. Patomechanizm i strategię leczenia monografia autorstwa prof. Wandy Dobryszczyckiej i prof. Jerzego Leszka – wybitnych znawców problematyki chorób otępiennych. Publikacja stanowi szeroki przegląd najnowszych badań dotyczących etiopatogenezy choroby Alzheimer opartych na dokonaniach współczesnej neurobiologii. Przedstawia zarówno zagadnienia genetyczne, jak i biochemiczne. Zawiera ocenę dotychczas dostępnych wskaźników biologicznych i możliwości wczesnego rozpoznania otępiennych, m.in. zastosowanie nowoczesnych metod neuroobrazowania. Monografia stanowi również przegląd dotychczasowych metod leczenia choroby Alzheimer, zarówno tych powszechnie uznanych, jak i pozostających jeszcze w fazie badań. Książka jest skierowana do lekarzy praktyków – psychiatrów, neurologów, geriatrów oraz środowisk naukowych i wszystkich zainteresowanych tym zagadnieniem.

Praktyczna farmakoterapia choroby wieńcowej

Marek Kośmicki
wyd. I. Warszawa, **Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o.**,
ul. Człuchowska 66, tel. 022-666-43-32, faks 022-664-04-51,
e-mail: poczta@medyk.com.pl, str. 336



Autor – adiunkt w II Klinice Choroby Wieńcowej Instytutu Kardiologii w Warszawie. Od wielu lat prowadzi własne badania lub bierze udział w badaniach wieloośrodkowych oceniając skuteczność kliniczną i działania niepożądane leków wieńcowych. Książka adresowana do szerokiego kręgu lekarzy, kardiologów i lekarzy opieki podstawowej. Obejmuje 5 części od zagadnień ogólnych do pogłębienia wiedzy o poszczególnych grupach leków stosowanych w terapii stabilnej choroby wieńcowej. W jednej części poruszono problemy prowadzenia skojarzonej farmakoterapii wieńcowej. Na koniec omówiono leczenie w wybranych grupach pacjentów charakteryzujące się pewnymi odmiennosiami w porównaniu z terapią populacji ogólnej.

Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii

Zenona Czarnicka, Wiesława Malińska
wyd. II popr., Lublin 2006, **Wydawnictwo Makmed**,
20-093 Lublin, ul. Chodźki 3, lok. 7 E, tel. 081-740-40-56,
e-mail: wydawnictwo@makmed.com.pl



Podręcznik podzielono na rozdziały omawiające zabiegi chirurgiczne w zakresie chirurgii ogólnej, ginekologii i urologii wykonywane metodami klasycznymi jak i przy użyciu laparoskopu. Oprócz ogólnych danych dot. anatomii poszczególnych narządów, zawiera on opis różnych odmian zabiegów operacyjnych wykonywanych na określonych narządach. Podaje wskazania do zabiegu, rodzaje znieczuleń, sposoby ułożenia chorego i rodzaje cięć. Zawiera szczegółowy opis zestawu narzędzi i nici chirurgicznych używanych do poszczególnych zabiegów oraz ilość i rodzaje szwów. Dopelnieniem informacji są liczne ryciny. Publikacja przeznaczona dla lekarzy specjalizujących się w kierunkach zabiegowych oraz pielęgniarzy i pielęgniarek.

opr md