

5 2009

**Gazeta
Lekarska**
1944-2000 NISSI
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny

Prawo do decydowania





Strach się bać

Nasila się proceder fałszowania przez lekarzy dokumentacji medycznej, po to, by wyludzić od NFZ-u nienależne środki – obwieścił prezes Jacek Paszkiewicz. Co więcej nieuczciwym lekarzom sprzyjają podobno przedstawiciele samorządu lekarskiego. Żadne nazwiska jednak nie padły, żadnej listy oszustów nie ujawniono, bo podobno „dlugo byłoby ich wymieniać”. Jednym słowem na

razie nie wiemy, gdzie znajdują się te zakłete rewiry, ale nie tracimy nadziei, że winni poniosą surowe konsekwencje. Tylko patrzeć, jak do pracy zabiorą się inspektorzy z oddziałów wojewódzkich NFZ-u, by skontrolować dokumentację medyczną za drugie półrocze 2008 r. Szpitale kliniczne i ośrodki z procedurami wysokospecjalistycznymi już mogą sobie odłożyć parę złotych na finansowe kary umowne. Każde fałszerstwo ma wylądować w prokuraturze, zaś lekarz, który podpisze się pod taką dokumentacją i dyrektor szpitala, który taki stan rzeczy zaakceptuje, już dziś mają zacząć się bać. Prezes Paszkiewicz przypomniał, że osoby uprawnione do wystawienia dokumentu, które poświadczają nieprawdę, mogą spędzić w odosobnieniu nawet pięć lat.

Plotkowanie o lekarzach i walenie w nich jak w bęben w niektórych kregach zalicza się do dobrego tonu. Szkoda, że prezesowi Paszkiewiczowi zabrakło iskry, aby przed kamerami wymienić domniemanych fałszerzy, chyba że są wśród nich równi i równiejsi.

Grożenie palcem lekarzom i wdeptywanie ich w ziemię nie jest bynajmniej naszym rodzimym patentem. „Czy dałeś już w mordę lekarzowi?” – pyta z okładki stoletczy „Wprost”. Realnej poprawy – wciąż niezłego – wizerunku lekarskiego nie da się osiągnąć zwierając lekarskie szeregi i pomstując na media – pisze w artykule redakcyjnym Marta Koton-Czarnecka. „Chciwy jak lekarz. Kto powstrzyma Doktora Bez Umiaru?” – krzyczą nagłówki kwietniowego „Der Spiegel”, poczytnego tygodnika niemieckiego. Niemiecka stacja ARD, w programie „Twardo, ale fair”, prezentuje migawki ukazujące lekarzy, jak rozparci w swoich porsche jadą protestować przeciwko zbyt niskim honorariom. Zaraz przypominają mi się medialne relacje z naszych zjazdów lekarskich, gdzie ze szczegółami pokazuje się nie tyle sale obrad, co parkingi wokół nich. Niemiecki lekarz prowadzący własną praktykę zarabia średnio 10 tys. euro brutto miesięcznie. Od dnia, w którym „Spiegel” i inne media podały te liczby do publicznej wiadomości, medyków podejrzewa się o zachłanność, jakiej nic nie jest w stanie zaspokoić. Detronizację niegdyśjszych bogów w białych kitlach widać gołym okiem. Gazety i telewizja nie malują już przerażającego obrazu szpitalnej harówki, ani nie podsycają obaw, co może się wydarzyć, kiedy ktoś z nas trafi akurat na takiego slaniającego się ze zmęczenia doktora. Dziennikarze, którzy jeszcze niedawno schlebiali lekarzom, przyznają dziś, że zbyt łatwo dali się uwieść temu idealnemu wizerunkowi niewinnej ofiary. Kiedyś mieli na celowniku głównie lobby farmaceutyczne oraz polityków odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Lekarze natomiast stali gdzieś na dalszym miejscu listy grup zawodowych, które nie cieszyły się wiarygodnością. Te czasy to już przeszłość. Sympatie się odwróciły – mówi Wolfgang Klein, szef redakcji programu „Maybrit Illner”. Według międzynarodowego instytutu badania mediów w 2007 r. ok. 40 proc. informacji na temat wynagrodzenia lekarzy miało negatywny dla nich wydźwięk, w tym roku ten procent wzrósł aż do 80.

Ze strony lekarzy pojawiają się zwiastuny refleksji, a nawet samobiczowania. – Nasza organizacja jest dziś już tylko symbolem lekarskiej chciwości – oznajmił niedawno sam przewodniczący Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych Bawarii Axel Munte. Tak czy owak, po obu stronach Odry i Nysy, chodzi o to samo, by lekarzom przypadkiem nie przyszło do głowy, aby poczuć się pewnie.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Częstochowscy lekarze w nowej siedzibie	4
Nowe rekomendacje antybiotykowe	5
Okiem Prezesa	5
Rewolucja na papierze	6-7
Przyrzeczenie publiczne	8
Zdrowy lekarz jest bardziej wiarygodny	10-11
Lekarz lekarzowi pacjentem	12-13
Prawo do decydowania	14-15
Mistrz czy ekonom?	16-17
VII Światowy Kongres Polonii Medycznej	21
Czy pijesz bezpiecznie	22-23
Pięć krytycznych konkluzji	24-25
Świadoma zgoda pacjenta	26-27
Przychodzi lekarz do prawnika	28-29
Seniorzy i niepełnosprawni. Przywileje	30-33
Solidarność w biedzie	34-36
Podatkami w krezusów	38-39
Lekarski sport	39-43
Książki nadesłane	42-43
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	44-45
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	46-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med	61

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać, pisz
swojego bloga

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

Częstochowscy lekarze w nowej siedzibie

Projekt ustawy o likwidacji okręgowych izb lekarskich w miastach nie będących siedzibą województw spoczywa w gestii Ministerstwa Zdrowia. Wiadomo również, że popiera go spora część opozycji, zwłaszcza ta, która nie tak dawno widziała już lekarzy w kamaszach. Tymczasem tzw. małe izby co chwilę pokazują, że potrafią obronić się same. „To sami lekarze z dużych ośrodków znajdują drogę do polityków i inspirują ich do tej likwidacji” – żali się szef częstochowskiego samorządu lekarskiego, chirurg dziecięcy Zbigniew

Brzezina. „Izba lekarska w mieście powiatowym to wcale nie przeżytek. Tutaj nikt nie jest anonimowy ani zagubiony, czujemy się jak w rodzinie” – przekonuje Brzezina.

Dzięki oszczędnemu i racjonalnemu gospodarowaniu składkami i pożyczce z NIK-u organy izby wiosną br. przeprowadziły się do własnej siedziby i odtąd nie będą na niczyjej łasce. Piękna, 80-letnia willa o czterech kondygnacjach, w zacisznej



Uroczyste otwarcie nowej siedziby



Zbigniew Brzezina: Tutaj nikt nie jest anonimowy ani zagubiony, czujemy się jak w rodzinie.

dzielnicy przy ul. Gen. Józefa Zajączka, zakupiona za 550 tys. zł, zmodernizowana i wyremontowana za kolejne 200 tys. zł, jest już własnością Okręgowej Izby Lekarskiej. Duża sala konferencyjna stworzy możliwość prowadzenia szkoleń i zebrań naukowych dla niemałej liczby lekarzy. Na wykończenie czekają przestronne piwnice, które wkrótce zamienią się w Klub Lekarza. Oprócz głównego budynku o powierzchni użytkowej 377 m², i działki 764 m², jest jeszcze garaż, w którym nie stoją bynajmniej lekarskie auta, lecz mieści się sala wykładowa, którą izba ma zamiar wspólnie użytkować z Częstochowskim Towarzystwem Lekarskim.

Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie, wg Centralnego Rejestru Lekarzy tworzy 2247 lekarzy i lekarzy dentystów.

ms

Pomagają zdolnym naukowcom

Już po raz siódmy Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny przyznała granty na finansowanie projektów badawczych wnoszących istotne wartości do medycyny i farmacji.

Tym razem nagrodzono 5 projektów spośród 20 nadesłanych wniosków. Do dyspozycji utalentowanych uczonych znajduje się łącznie ponad 1,5 mln zł.



Od 2001 r. do Fundacji wpłynęło ponad trzysta projektów prac badawczych. W postępowaniu konkursowym granty otrzymało już 45 zespołów badawczych. Realizacja wybranych prac jest finansowana z budżetu Polpharmy, która przekazała na ten cel okazałą sumę 14 mln zł.

„Granty przyznawane do tej pory były przeznaczone na badania podstawowe. Celem tych prac jest poznanie mechanizmów powstawania chorób. A więc tego, jak się one rozwijają i w jaki sposób można z nimi walczyć. Co prawda jeszcze żaden z nagrodzonych projektów nie doprowadził do powstania gotowego produktu pod postacią nowego leku. Mamy jednak nadzieję, że wcześniej czy później to nastąpi” – powiedział nam Wojciech Kuźmierzewicz, prezes Zarządu Fundacji.

Uroczystość wręczenia grantów naukowych uświetniła debata naukowa poświęcona zjawisku braku systematyczności w zażywaniu leku przez chorych (ang. *compliance*). W 2006 r. Fundacja wystartowała z programem stypendialnym adresowanym do najzdolniejszych doktorantów uczelni medycznych. Raz na dwa lata w drodze konkursu przyznawane są stypendia naukowe w wysokości 10 tys. zł.

Obecnie trwa druga edycja programu. Fundacja oczekuje na oryginalne prace wnoszące istotne wartości do medycyny i farmacji. – W tym roku zdecydowaliśmy, że wnioski mogą stanowić kontynuację wcześniej rozpoczętych badań. Przy wyborze projektów preferowani będą młodzi badacze, poniżej

Nowe rekomendacje antybiotykowe

Antybiotykooporność uznano za jedno z największych zagrożeń dla współczesnej medycyny. Szybko stało się również priorytetem Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia.

Pozaszpitalne zakażenia dróg oddechowych są najczęstszą przyczyną wizyt lekarskich i jednocześnie najczęstszą przyczyną przepisywania antybiotyków, w wielu przypadkach nieuzasadnionych – ostrzega prof. Waleria Hryniewicz, krajowy specjalista w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej. Zakażenia układu oddechowego są najczęściej wywołane przez wirusy, na które antybiotyki nie działają. Nadmierne i niewłaściwe stosowanie antybiotyków ogranicza możliwości skutecznej terapii, naraża pacjentów na działania niepożądane antybiotyków, a także powoduje generowanie oporności wśród bakterii saprofitycznych, prowadząc często do ich eliminacji. Te właśnie bakterie saprofityczne mogą przekazywać wiedzę o oporności bakteriom potencjalnie patogenym, co także prowadzi do zmniejszenia możliwości terapeutycznych – wyjaśnia prof. Hryniewicz.

Zespół polskich ekspertów z różnych dziedzin medycyny opracował rekomendacje, zaaprobowane przez szerokie grono specjalistów. Rekomendacje te, poza ogólnymi zasadami postępowania diagnostycznego, uwzględniają w zaleceniach antybiotykoterapii aktualną sytuację epidemiologiczną w Polsce. Dokument ten (1,84 MB) jest dostępny bezpłatnie na stronach internetowych Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (www.antybiotyki.edu.pl) i powinien uzupełnić podręczną bibliotekę lub komputerowy pulpit każdego praktykującego lekarza.

ms

40 roku życia, o uznanym dorobku naukowym wg kryteriów naukowo-metrycznych – zapewnia Bożenna Płatos, kierownik Fundacji, gotowa zawsze udzielić wszelkich dodatkowych informacji telefonicznie (tel. **022-364-63-13**).

(ms)

Laureaci

dr Klaudia Stangel-Wójcikiewicz, Klinika Ginekologii i Płodności Collegium Medicum UJ w Krakowie. Temat: Izolacja komórek macierzystych z mięśnia poprzecznego prądkowanego naramiennego z wykorzystaniem ich w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Koszt projektu 253 200 zł brutto.

dr hab. med. Agnieszka Słowik, Instytut Neurologii w Klinice Neurologii Collegium Medicum UJ w Krakowie. Temat: Czy polimorfizm na chromosomie 4q25 związane z ryzykiem migotania przedsionków mają wpływ na ryzyko udaru niedokrwinnego mózgu w populacji polskiej? Koszt projektu 273 600 zł brutto.

dr Barbara Dolegowska, Katedra Diagnostyki Laboratoryjnej i Medycyny Molekularnej Pomorskiej AM w Szczecinie. Temat: Porównanie metod pomiaru aktywności dehydrogenazy dihydropiymidowej (DPD) w osoczu i limfocytach krwi obwodowej – wybór optymalnej metody dla testów przesiewowych poprzedzających leczenie pochodnymi 5-fluoropirymidynowymi. Koszt projektu 174 960 zł brutto.

prof. dr hab. Rafał Pawliczak, Zakład Immunopatologii w Katedrze Immunologii na Wydziale Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego UM w Łodzi. Temat: Analiza ekspresji genów metodą whole genome scan w przebiegu astmy oskrzelowej z nadwrażliwością na aspirynę i niesteroidowe leki przeciwzapalne, astmy oskrzelowej bez nadwrażliwości, możliwości farmakologicznej interwencji i ewaluacji ryzyka. Koszt projektu 446 000 zł brutto.

dr Edyta Brzóska-Wójtowicz, Zakład Cytologii na Wydziale Biologii UW. Temat: Stymulacja regeneracji mięśni szkieletowych – potencjalna rola cytokiny SDF-1. Koszt projektu 450 000 zł brutto.

Oknem Prezesa



Doskonalenie zawodowe lekarza i lekarza dentysty to proces, który rozpoczyna się z chwilą uzyskania prawa wykonywania zawodu, a kończy po wielu latach dopiero w momencie rezygnacji z dalszego wykonywania zawodu. Dla wielu członków samorządu oznacza to praktycznie całe życie zawodowe. Z punktu widzenia prawa doskonalenie zawodowe składa się z trzech obszarów, jakimi są: specjalizowanie się, zdobywanie węższych umiejętności oraz doskonalenie ustawiczne. Cały ten skomplikowany proces opisany jest w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w sposób daleki od doskonałości. W najbliższym czasie, w związku z planami Ministerstwa Zdrowia nowelizowania ustawy, jest szansa na uporządkowanie tych tak ważnych dla całego środowiska spraw.

Od kilku miesięcy mówi się dużo o pomysłach na lepsze zorganizowanie procesu specjalizowania się, tak aby bez uszczerbku dla jakości stał się on bardziej dostępny i przyjazny dla absolwentów uczelni medycznych chcących doskonalić dopiero co zdobyte umiejętności „dyplomowe”. Naczelna Rada Lekarska przygotowała w tej sprawie całościowy projekt nowelizacji zasad specjalizowania się ze znaczącym wzrostem odpowiedzialności samorządu lekarskiego za ten proces.

Od kilku lat emocje budzi wprowadzony rozporządzeniem ministra zdrowia obowiązek dokumentowania dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego poprzez zbieranie tzw. punktów edukacyjnych. Według ostrożnych szacunków w pierwszym okresie rozliczeniowym (który zakończył się 4 listopada ub. r.) wywiązała się z niego nieco więcej niż połowa aktywnych lekarzy i lekarzy dentystów. NRL jest zdania, że rozporządzenie to należy zmienić tak, aby lekarze i lekarze dentyści mogli otrzymywać punkty bez wewnętrznych limitów narzucających im konieczność uczestniczenia w różnych rodzajach wydarzeń edukacyjnych. Wiele osób narzekało na to, że np. uczestnicząc w większej liczbie kongresów czy zjazdów nie może zaliczyć ich do ogólnej puli w liczbie większej niż 40 punktów w okresie rozliczeniowym. NRL wystąpiła o zmianę znoszącą wszystkie takie ograniczenia.

Kolejnym zakresem doskonalenia zawodowego jest zdobywanie umiejętności w węższych dziedzinach medycyny i stomatologii. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty od ponad dziesięciu lat przewiduje wydanie odpowiedniego przepisu w tej sprawie przez ministra zdrowia. Dotychczas rozporządzenie nie powstało. Przyroda jednak nie znosi próżni. Liczne towarzystwa lekarskie we współpracy z firmami edukacyjnymi prowadzą szkolenia kończące się uzyskiwaniem certyfikatów potwierdzających nabycie odpowiednich umiejętności. Nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie to, że jeden po drugim certyfikaty te stają się warunkiem uzyskania kontraktu na odpowiednie świadczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wiele wskazuje na to, że wejście w życie przygotowywanego rozporządzenia ministra zdrowia w tej sprawie może stać się okazją do dalszych nadregulacji w tym zakresie. Utwierdza w tym, niestety, lista umiejętności zawarta w załączniku do projektu rozporządzenia. NRL w swoim stanowisku podkreśla, że nie ma nic złego w tym, aby lekarze i lekarze dentyści zdobywali dodatkowe kwalifikacje i potwierdzali je poprzez odpowiednie certyfikaty. W żadnym wypadku nie może to jednak być powodem do uznania, że różnych obszarów medycyny lub stomatologii nie będzie wolno uprawiać bez posiadania odpowiedniego świadectwa. W tym miejscu przypomnieć należy, że prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty uprawnia do praktykowania medycyny i stomatologii we wszystkich zakresach, w których lekarz czy lekarz dentysta posiada wystarczające umiejętności i wiedzę. To jego sumienie, a nie przysłowiowa *bumaga* powinno wyznaczać granice jego kompetencji.

Konstanty Radziwiłł

Rewolucja na papierze

Agnieszka Banach

Po blisko dziesięciu latach walki psychiatry i ich pacjenci doczekali się wreszcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Wpisany w 2008 r. do znowelizowanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego miał od tego roku wyznaczyć nową jakość leczenia w opiece psychiatrycznej. Niestety, na razie rewolucja w opiece psychiatrycznej pozostaje wyłącznie na papierze...

Mamy bowiem już prawie koniec maja, a akt wykonawczy – rozporządzenie, określające jak w latach 2009-13 przełomowy akt prawny ma być realizowany i pozwalające na uruchomienie zapisanych na ten cel środków finansowych – nadal nie zostało podpisane przez Prezesa Rady Ministrów. Program ciągle czeka na swój właściwy moment... Kiedy on nastąpi? Nikt nie wie.

Dyrektor Biura Prasowego Ministerstwa Zdrowia Krzysztof Suszek informuje – 15 marca 2009 – że „ze względu na fakt, że nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego została podpisana przez Prezydenta 30 września 2008, prace nad aktem wykonawczym do niej nie zostały jeszcze ukończone”... Czy ta odpowiedź może tłumaczyć „poślizg” w uruchomieniu Programu?! Raczej nie wynika z niej nic... Przypomnijmy, że projekt rozporządzenia przekazano do uzgodnień zewnętrznych i międzyresortowych 29 grudnia 2008 r., uwagi można było przekazywać do 19 stycznia 2009 r. Co z projektem dzieje się teraz? „Obecnie trwają prace związane z opracowaniem i ewentualnym uwzględnieniem uwag do projektu” – odpowiada dyrektor Soszyń-

ski na moje pytanie dotyczące terminu podpisania rozporządzenia.

Minister Ewa Kopacz problemu nie widzi: – Czekaliśmy tyle lat, dwa tygodnie nie powinny stanowić różnicy – odpowiadała na pytanie dotyczące terminu „uruchomienia” Programu, zadane przez prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prof. Aleksandra Araszkiewicza na spotkaniu zorganizowanym 10 lutego z okazji... Światowego Dnia Choro- go. – A czymże są dwa tygodnie wobec wieczności... – skonstatował wypowiedź pani minister ksiądz Arkadiusz Nowak z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Tymczasem mamy prawie koniec kwietnia, a pacjenci i psychiatry czekają dalej...

Program ma diametralnie zmienić system opieki psychiatrycznej w Polsce. Przenieść główny ciężar opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi z całodobowego leczenia zamkniętego, jak jest obecnie, na opiekę środowiskową. Z pomocy szpitala chory ma skorzystać tylko wtedy, gdy będzie to naprawdę konieczne, np. w momencie zaostrzenia choroby, a potem znowu znajdzie się w przyjaznym, znanym otoczeniu, ale nie pozostawiony sam sobie.

Podstawowym założeniem nowego rozwiązania jest to, że pacjent otrzymuje pomoc psychiatryczną w swoim otoczeniu – nie tracąc kontaktu z rodziną czy przyjaciółmi, nie rezygnując z życia zawodowego. Do tej pory, na czas leczenia, chory ze swojego środowiska był dosłownie „wyrwany”, co sprawiało, że trudno mu było do życia sprzed choroby powrócić. Teraz do ośrodków, które udzielił mu wsparcia w chorobie będzie miał blisko, bo w każdym regionie mają powstać centra zdrowia psychicznego, obejmujące np. jedną dzielnicę. W ramach takiego centrum chory będzie mógł korzystać z pomocy oddziałów dziennych, poradni interwencji kryzysowej, będzie mógł korzystać ze specjalnie przygotowanych hosteli i mieszkań chronionych. Nowy model opieki psychiatrycznej będzie w pełni zintegrowany z podstawową opieką zdrowotną, pomocą społeczną, urzędami pracy. Centrum poza działalnością opiekuńczą i leczniczą dla chorych psychicznie prowadziłoby także działania o charakterze promocji zdrowia psychicznego, zapobiegające zaburzeniom psychicznym i stygmatyzacji chorych, organizowałoby szkolenia dla lekarzy.

Ale na razie Program, którego pierwszy etap zaplanowano na lata 2009-13, nie działa. Nie wiadomo też, czy środki finansowe przeznaczone na jego realizację rzeczywiście będą takiej wysokości, jak zapisano w projekcie ciągle nie podpisanego rozporządzenia – o co niepokoi się profesor Araszkiewicz. Przypomnijmy, że na realizację pierwszego etapu zapisano 970,52 mln zł, na sam 2009 r. 71,54 mln zł. Realizacją Programu miałyby się zająć m.in. samorządy. Na razie nie mogą zrobić nic – nie podpisane rozporządzenie oznacza niemożność uruchomienia środków finansowych na wyżej wymienione przedsięwzięcia, czyli Program stoi...

Filar nowego systemu opieki nad osobami chorymi psychicznie: pomoc środowiskowa, musi mieć jednak wsparcie w stacjonarnym leczeniu całodobowym.

„Bez dobrej opieki stacjonarnej opieka środowiskowa nie będzie dobrze funkcjonować – podkreśla prof. Araszkiewicz – bo przecież chory w fazie zaostrzenia choroby musi natychmiast zostać skierowany do szpitala.” Tymczasem, na razie, w tej dziedzinie również nie jest dobrze – w całej Polsce drastycznie brakuje łóżek ogólnopsychiatrycznych. Konieczność ich uzupełnienia także zapisano w Programie. Odpowiednią bazą łóżkową nie dysponuje np. kujawsko-pomorskie, gdzie jest 561 łóżek ogólnopsychiatrycznych – 3 łóżka na 10 tys. mieszkańców, a powinno być minimalnie 4. Tymczasem, jak planowano jeszcze w 1995 r., województwo w 2005 r. miało dysponować 1390 łózkami!

REKLAMA

„Mamy do czynienia z kuriozalną sytuacją. U nas pacjent, często w ostrym kryzysie, bezwzględnie wymagający natychmiastowego przyjęcia, czeka na łóżko, a przecież powinno być dla niego zapewnione – bulwersuje się prof. Aleksander Araszkiewicz, prezes PTP i konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii oraz kierownik Kliniki Psychiatrii w bydgoskim Szpitalu Uniwersyteckim. – Natychmiast potrzebujemy ok. 400 łóżek! Oddziały psychiatryczne w naszym województwie od kilku miesięcy nie dysponują wolnymi miejscami dla pacjentów chorych psychicznie! Nie ma ich w szpitalach w Bydgoszczy, Świeciu, Toruniu, Lipnie, Aleksandrowie Kujaw-

skim. Jeszcze niedawno woziliśmy chorych do szpitala w Gnieźnie, w sąsiednim województwie wielkopolskim, ale teraz i tam wszystko jest zajęte. Dramat będzie jeszcze większy, bo wszystkie szpitale psychiatryczne w Polsce muszą się dostosować do 2012 r. do standardów unijnych i zapewnić chorym 2-3-osobowe pokoje. To znowu ograniczy liczbę łóżek i obawiam się, że «położy» całą opiekę stacjonarną.”

Ogólnie złej kondycji psychiatrii na pewno nie poprawia niska wycena usług psychiatrycznych: na psychiatrię Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza tylko 3,5 proc. wszystkich środków wydawanych na opiekę medyczną.

REKLAMA



Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego prof. Aleksander Araszkiewicz

Przyrzeczenie publiczne



System opieki zdrowotnej w Polsce jest hybrydą elementów rynkowych i budżetowych. Te ostatnie odgrywają zresztą rolę decydującą.

Krzysztof Bukiel

foto: Marek Stankiewicz

Tak jest również w odniesieniu do płac lekarskich. Muszą one zmieścić się w budżecie służby zdrowia, zaplanowanym administracyjnie, w którym – obok płac – trzeba pomicieć także wydatki na leki, sprzęt, media itp. Chociaż więc – teoretycznie – dyrektorzy szpitali mogą wynagradzać lekarzy jak chcą, w praktyce są ograniczani wcale nie rynkowymi czynnikami, ale jak najbardziej administracyjnymi decyzjami publicznego płatnika, który – z kolei – dostosowuje się do politycznych decyzji rządzących.

Oprócz tego pośredniego wpływu polityków na płace lekarskie minister zdrowia w trzech przypadkach w sposób bezpośredni, w wydawanych przez siebie rozporządzeniach, ustala poziom wynagrodzeń lekarzy. Dotyczy to stażystów i rezydentów oraz lekarzy zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego. Ustalenia te mają zresztą znaczenie

pracownik o wyższych kwalifikacjach oraz wykonujący pracę bardziej złożoną powinien zarabiać więcej niż pracownik mniej kwalifikowany lub wykonujący prostsze zadania.

Jakiś czas temu minister zdrowia zapowiedziała, że rząd podniesie płace lekarzy rezydentów i różnicuje je, aby lekarze po dwóch latach rezydentury zarabiali więcej niż początkujący. Lepiej mieli być też wynagradzani specjalizujący się w dziedzinach uznanych za priorytetowe. Podano oficjalnie kwoty zapowiadanych płac zasadniczych: 3170 zł przez pierwsze dwa lata, a w dziedzinach priorytetowych 3620 zł oraz 3450 zł po dwóch latach rezydentury, a w dziedzinach priorytetowych 3890 zł.

Powyzsza zapowiedź spotkała się z poparciem wielu środowisk lekarskich, w tym również OZZL. Doceniliśmy fakt, że proponowana płaca zasadnicza to niemal 100 % aktualnej, przeciętnej płacy krajowej czyli bardzo blisko tego, czego domagali się rezydenci skupieni w OZZL. Również zasada zwiększenia płacy po dwóch latach rezydentury była zgodna z naszymi postulatami. A jednak pojawiła się w tym wszystkim pewna wątpliwość co do wiarygodności i trwałości rządowych zapowiedzi.

Dziwne wydało się nam, że rządzący umocowali zapowiadane zmiany na bardzo kruchych podstawach prawnych. Nie zmieniono zapisu w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, że płaca rezydenta w danym roku wynosi co najmniej 70 % przeciętnego wynagrodzenia za dwa lata wstecz (ok. 60 % aktualnej średniej krajowej), a jedynie wprowadzono przepis, że minister zdrowia może różnicować płace rezydentów w zależności od roku odbywania rezydentury i w przypadku wybrania specjalizacji uznanej za priorytetową. Zatem wyższe niż ustawowe minimum kwoty wynagrodzeń rezydentów miały być zapisane dopiero w rozporządzeniu ministra zdrowia. Takie potraktowanie sprawy powoduje, że odwołanie przez

rządzących zapowiadanych podwyżek płac dla rezydentów staje się bardzo proste. Wystarczy tylko decyzja ministra zdrowia albo... brak decyzji o podwyżkach. Tak jak dzieje się to obecnie, gdy minął już tydzień od terminu, w którym pani minister miała wydać odpowiednie rozporządzenie, a rozporządzenia nie ma.

Może wpływ na to miały głosy niektórych dyrektorów szpitali? Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia można znaleźć ich opinie, że zaproponowane przez ministerstwo płace dla rezydentów są za wysokie. Dyrektorzy ci słusznie uważają, że wzrost płac rezydentów musi spowodować wzrost płac lekarzy specjalistów, zwłaszcza tam, gdzie ich płace zasadnicze są niższe lub niewiele większe niż najwyższa proponowana płaca rezydenta (3890 zł). Okazuje się, że liczba tak wynagradzanych specjalistów jest większa niż to się rządzącym wydawało, co może mieć wpływ na budżety szpitali. Smutne jest, że – w takiej sytuacji – wielu dyrektorów szpitali nie zastanawia się jak skłonić NFZ do podniesienia wyceny świadczeń, a polityków do zwiększenia nakładów na leczenie, ale szuka sposobu, aby zmusić lekarzy do zaakceptowania niższych płac.

W prawie cywilnym funkcjonuje pojęcie „przyrzeczenie publiczne”. Niedotrzymanie takiego przyrzeczenia grozi koniecznością wypłaty odszkodowania zainteresowanemu. Wiemy, że polityków i ich obietnic takie zasady nie obowiązują. Niewątpliwie jednak niespełnienie publicznej zapowiedzi wzrostu płac rezydentów lub zmniejszenie zapowiadanych kwot skompromitowałoby Ministerstwo Zdrowia i podważyło wiarygodność rządzących. Tym bardziej, że w uszach wielu Polaków ciągle jeszcze brzmią słowa: „Będą nas leczyć dobrze wynagradzani lekarze...”, a wybory, tym razem do Parlamentu Europejskiego tuż, tuż...

20 kwietnia 2009 r.

Płaca rezydenta jest administracyjnie ustaloną minimalną płacą lekarską w Polsce

dużo szersze niżby to wynikało z ich literalnego brzmienia. Odnosi się to zwłaszcza do płac rezydentów.

Ponieważ są to kwoty ustalone sztywno a jednocześnie odnoszą się do lekarzy o najmniejszych kwalifikacjach – płaca rezydenta jest w istocie administracyjnie ustaloną minimalną płacą lekarską w Polsce. Zgodnie z kodeksem pracy (art. 78) *wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymagany przy jej wykonywaniu (...)*, co oznacza, że

Dla LEKARZY
obchodzących w roku 2010
„okrągły” JUBILEUSZ
ukończenia STUDIÓW (20, 25, 30 itd.)

Biuro podróży „KWATOUR”, s.c.
organizator wielu wyjazdów dla lekarzy
przygotuje ciekawy wyjazd zagraniczny,
w sposób niecodzienny
uczcić JUBILEUSZ.

kwatour@op.pl

MEDBROKER
DBAMY O TWÓJ SPOKÓJ

Planowanie i organizacja:
Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej
Ubezpieczeń Mienia
Ubezpieczeń na Życie
Ubezpieczeń Zdrowotnych
Ochrony Prawnej

MEDBROKER
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa
tel.: (22) 824 29 43, (22) 740 94 80, fax: (22) 740 94 82
biuro@medbroker.pl

www.medbroker.pl

I OGÓLNOPOLSKI KONKURS POETYCKI

Puls słowa

Organizatorzy: Komisja Kultury Sportu i Turystyki OIL w Warszawie, Klub Lekarza, SZPZLO Warszawa Praga-Północ. Patronat medialny: „Gazeta Lekarska”, „Puls”, „Zdrowa Praga”.
Informacji udziela: **Maria Żywicka-Luckner**,
tel. 022-619-42-31, 0-604-286-324, e-mail: majkazywicka@wp.pl

Regulamin konkursu

1. Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie pięciu utworów poetyckich o dowolnej tematyce, w czterech egzemplarzach maszynopisu. Prace nie mogą być wcześniej nagradzane lub publikowane. Każdy utwór powinien być opatrzony słownym godłem.
2. Do zestawu należy dołączyć zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
4. Prace należy nadsyłać do 31 lipca 2009 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **Redakcja „Zdrowej Pragi”, 03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 34**, z dopiskiem *Konkurs poetycki „Puls słowa”*.
5. Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna następujące nagrody: I stopnia – 800 zł, II stopnia – 600 zł, III stopnia – 400 zł oraz wyróżnienia w formie nagrody rzeczowej.
6. Jury zastrzega sobie prawo do innego podziału nagród.
7. O dokładnym terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród wszyscy laureaci zostaną powiadomieni.
8. Odbiór nagrody możliwy jest wyłącznie podczas imprezy finałowej.
9. Nadesłanych prac organizatorzy nie zwracają.
10. Organizatorzy dołożą wszelkich starań, aby nagrodzone prace i wyróżnienia zostały opublikowane.
11. Organizatorzy nie zwracają kosztów przyjazdu na uroczystość wręczenia nagród.

Bardzo serdecznie zapraszamy do udziału w konkursie.

Organizatorzy

Jestes lekarzem?

Pomóż nam w zabezpieczeniu medycznym

Światowego Spotkania Młodzieży na Lednicy

6 czerwca 2009 r.

Przyjedź sam, zaproś innych! Czekamy na Ciebie!

Lednicki sztab medyczny
www.lednica2000.pl tel. 0605-730-813

Zdrowy lekarz jest bardziej wiarygodny



Z prof. Zbigniewem Gaciągiem
prezesem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego
i kierownikiem Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii
I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
rozmawia Agnieszka Katrynica

foto: Cz. Czapliński

• **Panie profesorze, jak pana zdrowie?**

– Czuję się znakomicie. Dziękuję.

• **Kiedy ostatnio robił pan badania kontrolne?**

– Robię je co roku. Pilnuję tego, bo dzięki temu wiem, że jestem zdrowy. Najczęściej oczywiście mierzę ciśnienie – na zajęciach ze studentami. Generalnie staram się dbać o swoje zdrowie i prowadzić zdrowy styl życia. W końcu zalecam pacjentom więcej ruchu, rzucenie palenia, pilnowanie diety itp., to nie mogę postępować wbrew własnym zaleceniom. Nie byłbym wiarygodny jako lekarz. Na przykład codziennie biegam, do pracy chodzę na piechotę. Poza tym w domu wprowadziłem sposób odżywiania oparty o indeks glikemiczny, czyli bez cukrów prostych, mąki za to z dużą ilością warzyw, owoców.

• **Polacy dość niechętnie się badają, działania profilaktyczne nie mają masowego oddźwięku. Czy na tym tle lekarze wyróżniają się szczególną aktywnością?**

– Nie, jeśli chodzi o tryb życia, to bardzo trudno zmienić swoje przyzwyczajenia. Bardzo mało osób mając do



wyboru czy pojechać do pracy samochodem, czy pójść pieszo wybierze spacer. Taka jest ludzka natura i lekarze w niczym się nie różnią od innych grup zawodowych. Chociaż zauważyłem, że zmienia się to z wiekiem – starsi ludzie generalnie bardziej zwracają uwagę na stan swojego zdrowia, a lekarzom jest na pewno łatwiej, bo wiedzą co powinni sprawdzić.

Nie da się też ukryć, że mamy problem z prewencją pierwotną, bo korzystamy ze złych narzędzi – widać to doskonale po marnych wynikach wszystkich bez wyjątku akcji zdrowotnych.

• **Co należałoby zrobić, aby zmienić tę sytuację?**

– Najlepszym rozwiązaniem jest tu medycyna pracy, czyli niejako zmuszenie pracowników do badania się. Od niedawna mówi się np. o tym, że kobiety będą musiały robić cytologię – to doskonałe rozwiązanie, które sprawdziło się w Skandynawii.

• **Pewnie zdarzało się panu w swojej karierze leczyć pacjentów-lekarzy. Czy są to „lepsi”, bo bardziej świadomi pacjenci, czy też jest wręcz przeciwnie? Nie chcą słuchać zaleceń, bo uważają, że wiedzą lepiej?**

– Moim zdaniem to lepsi pacjenci, bo leczą się systematyczniej – wiedzą po prostu co powinni robić. Na pewno też łatwiej ustalać z pacjentem-lekarzem przebieg terapii.

• **Coraz częściej mówi się, że nadciśnienie to epidemia XXI wieku – z czego wynika wzrost zachorowań?**

– Niestety, to prawda. Widać to chociażby po, prowadzonym od niedawna, rejestrze ostrych zespołów wieńcowych, a wiadomo, że nadciśnienie jest jedną z bezpośrednich przyczyn jego powstania, że ta liczba rośnie. Ale ja mam dość duży dystans do wszelkich statystyk, bo często jest tak, że wykazuje się te zachorowania, za które NFZ lepiej płaci i dlatego m.in. mieliśmy niedawno epidemię przełomów nadciśnieniowych. Pracuję w ośrodku referencyjnym, gdzie hospitalizowanych jest ok. 4 tys. chorych z nadciśnieniem rocznie i zdarza się nam – może – mieć jednego chorego z prawdziwym przełomem nadciśnieniowym. W dodatku jest to zazwyczaj efekt wtórny wobec nierozpoznanego nadciśnienia tętniczego.

Ale wracając do pytania – rzeczywiście obserwujemy wzrost zachorowań

na nadciśnienie, zwłaszcza w ostatnim 10-leciu.

Mówiąc obrazowo – liczba osób z nadciśnieniem zwiększa się szybciej niż liczba mieszkańców kuli ziemskiej. Wynika to głównie ze wzrostu masy ciała – po prostu jemy za dużo, a za mało się ruszamy. Szczególnie to widać u dzieci i młodzieży – mówi się nawet o epidemii otyłości wśród nich, która jest wynikiem sięgania po wysokokaloryczne przekąski: batoniki, chipsy, picie gazowanych napojów itp.

Niepokój budzą także słabe efekty leczenia – jak pokazują dane POLKARD – zaledwie kilkanaście procent chorych ma kontrolowane nadciśnienie.

• **Dlaczego, w końcu leków na nadciśnienie nie brakuje?**

– Powiem więcej – nadciśnienie to najczęstszy powód wypisywania recept. A dlaczego nie działają? Powody są trzy: po pierwsze, jest oporne lekowo nadciśnienie, ale to dość rzadkie przypadki. Po drugie, oporny pacjent – czyli taki, który mimo zdiagnozowania choroby nie jest w stanie zmienić swojego stylu życia. To jest to, o czym mówiłem – przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka. Bardzo trudno przekonać kogoś do leczenia w chorobie, która nie boli – a nadciśnienie nie boli – do przestrzegania reżimu. W dodatku korzyści są rozciągnięte w czasie, a koszty chociażby wykupienia leków czy konieczności zapisywania się na wizytę u specjalisty – realne. Mówiąc inaczej „straty” pacjent ponosi natychmiast, a „zysk” jest w dalekiej perspektywie. Trzecim powodem jest coś, co nazywamy inercją kliniczną, czyli brak reakcji lekarza.

• **Jak to brak reakcji?**

– Dokładnie. Jeśli przychodzi pacjent i mówi, że dobrze się czuje – mimo że nadal ma nadciśnienie – to lekarze często dochodzą do wniosku, że lepiej niczego nie zmieniać, nie dawać innych leków.

• **Czy nielezione nadciśnienie może być groźne?**

– Jest groźne. Najlepszy dowód, że na liście przyczyn przedwczesnych zgonów to pozycja numer jeden, wyprzedzająca palenie tytoniu i podwyższony cholesterol. Powiem więcej – tych zgonów można by uniknąć lecząc nadciśnienie, co oznacza, że jest to jednocześnie najgroźniejszy czynnik, ale i też najłatwiejszy do opanowania.

REKLAMA

REKLAMA

Lekarz lekarzowi pacjentem

z prof. Grzegorzem Wallnerem, kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie rozmawia Anna Augustowska

• Czy często zdarza się panu leczyć lekarzy?

– W ciągu ponad 30 lat pracy wielokrotnie zajmowałem się leczeniem lekarzy. Zarówno moich nauczycieli, kolegów ze studiów, jak i lekarzy wcześniej mi nie znanych. Jako grupa zawodowa nie jesteśmy wyjątkowi. Chorujemy podobnie jak całe nasze społeczeństwo. Czasem dochodzą również choroby specyficzne, związane z wykonywaniem zawodu lekarza, wynikające z kontaktów z zakaźnym materiałem biologicznym, szkodliwymi czynnikami środowiskowymi, z charakteru wykonywanej pracy. Również część tych chorób może wymagać leczenia chirurgicznego

• Z profesjonalistą łatwiej się dogadać, uzgodnić formę terapii czy wprost przeciwnie? To trudny partner?

– To zależy. Czasem to ułatwienie w bezpośrednich kontaktach, w przekazywaniu fachowych informacji medycznych, w podejmowaniu szybkich decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie wiedza medyczna, własne doświadczenie zawodowe, kliniczne pacjenta-lekarza stanowi potencjalne ograniczenie możliwości leczenia. Zdecydowanie łatwiej roz-

mawiało mi się z lekarzami o specjalnościach zabiegowych. Ważne było w tym doświadczenie życiowe operowanych lekarzy. Różnica wieku i czas pobierania nauk także wpływał na wzajemne relacje. Nie należy zapominać, że stale zmieniający się poziom wiedzy medycznej, w tym wiedzy chirurgicznej, a w moim przypadku wręcz rewolucyjny postęp i zmiany technologiczne powodują, że wielu kolegów nie jest w stanie zaakceptować nowych technik czy metod operacyjnych. Przykładem są tutaj zabiegi terapeutyczne wykonywane technikami minimalnie inwazyjnymi, metodami endoskopowymi, z użyciem technologii cyfrowych, robotyzacji itp. Do tego dochodzą nowe informacje medyczne z zakresu patofizjologii, genetyki, biologii molekularnej, wynikające z metaanaliz baz danych itp., które modyfikują wcześniejsze kanony postępowania chirurgicznego. To, co jeszcze 10-15 lat

temu było eksperymentem klinicznym, dziś stanowi postępowanie standardowe. Obecnie mówimy o robotyzacji, nanochirurgii, o operacjach przez naturalne otwory ciała.

Nawet dla chirurgów współcześnie uprawianych zawód niektóre rzeczy są trudne do zaakceptowania, a co mówić o lekarzach innych specjalności.

• Czy chory lekarz po pomoc zwraca się szybko, czy też wcześniej woli leczyć się sam, sam stawia sobie diagnozę, robi badania itd.?

– Różnie z tym bywa. Są lekarze, którzy przestrzegają wszelkich zaleceń, robią badania profilaktyczne, stosują dietę, zgłaszają się na badania okresowe itp. Są i tacy, którzy to lekceważą i nie przyjmują do wiadomości, że to, co dotyczy ich pacjentów, może dotknąć także ich. Część lekarzy stosunkowo szybko zgłasza się na badania, decyduje na leczenie operacyjne. Jest jednak grupa lekarzy, którzy zgodnie z maksymą „szewc bez butów chodzi” czy „lekarzu, lecz się sam”, zgłasza się zbyt późno, mimo często bardzo alarmujących objawów. Dramat polega na tym, że mimo przygotowania zawodowego wielu z nas nie dostrzega lub nie chce dostrzec u siebie objawów choroby. Budzi to we mnie pewien sprzeciw. Jeśli jestem w stanie przyjąć taką postawę u zwykłych pacjentów, to taka postawa u lekarzy jest dla mnie niezrozumiała z medycznego punktu widzenia.

• Łatwiej leczy się panu kolegów chirurgów? A może lekarzy o zupełnie innej, „odległej” specjalności?

– Rozmowa z chirurgiem jest prostsza, szybciej dochodzi do podjęcia decyzji. Wiele kwestii niejasnych dla przeciętnego pacjenta jest oczywistych dla chirurga czy innego zabiegowca, zarówno w aspekcie wyboru metody leczenia, jak i sposobu przeprowadzenia operacji. Lekarze reprezentujący dyscypliny niezabiegowe, poza przygotowaniem ogólnomedycznym, w zasadzie niczym nie różnią się od innych pacjentów. Paradoksalnie, posiadana wiedza medyczna staje się pewnym ograniczeniem, źródłem wątpliwości odnośnie podejmowania określonych decyzji czy kroków terapeutycznych. Zawsze staram się rozwiązać obawy lekarza-pacjenta, odpowiedzieć na wszystkie pytania, które wiążą się raczej z brakiem aktualnego stanu wiedzy w zakresie metod chirurgicznego leczenia wielu chorób, a nie wiedzy ogólnomedycznej.

• W czym tkwi największa trudność? A w czym łatwość?

– Dla mnie trudność w relacjach chirurg – pacjent, w tym lekarz jako pacjent, stanowi brak zaufania ze strony pacjenta, brak akceptacji proponowanego leczenia. Trudne są decyzje odnośnie wyboru terapii, przekazania niepomysłnej informacji, złego rokowania, niepowodzenia terapii. Trudne są relacje z rodziną chorego, której trudno jest zaakceptować niepomysłne wiadomości. Trudna jest też świadomość własnej bezsilności wobec choroby, braku możliwości pomocy, ograniczeń ekonomicznych, determinujących wybór metod leczenia chirurgicznego. Trudny do zaakceptowania jest też brak świadomej decyzji chorego odnośnie zgody na proponowane leczenie, które może decydować o zdrowiu czy śmierci pacjenta, tym bardziej trudne, gdy dotyczy lekarza.

A łatwość? Mając wieloletni багаż doświadczeń, zarówno dobrych, jak i złych, raczej jestem zwolennikiem pełnego umiarkowania w emocjach. Uprawianie zawodu chirurga nauczyło mnie pokory odnośnie własnych umiejętności, wiedzy i stałej ostrożności w wyrażaniu zadowolenia. To rodzi obawę wpadania w rutynę i braku ustawicznej czujności, analitycznego i syntetycznego podejścia do profesjonalnego uprawiania zawodu chirurga. To, czy pacjent jest rolnikiem, nauczycielem, robotnikiem czy wreszcie lekarzem, nie ma większego znaczenia. Wobec wszystkich obowiązuje nas taka sama dyscyplina postępowania.

• A jak się pan czuł lecząc swoich starszych kolegów, nauczycieli, mistrzów? Czy jest zasada, aby nie leczyć rodziny i bliskich przyjaciół?

– Absolutnie jestem zwolennikiem przestrzegania zasady, aby nie leczyć członków własnej rodziny. Miałem natomiast okazję leczyć lekarzy, którzy byli moimi nauczycielami, byli wzorem prawego lekarza, chirurga, których mogę nazwać przyjaciółmi. Nie jest to sytuacja prosta. Obok dodatkowych emocji, pojawia się poczucie podwójnej odpowiedzialności, obok zdecydowanej mobilizacji i motywacji niesienia pomocy, pojawia się też świadomość pełnego zaufania, jaką osoby leczone mnie darzyły, a także ich bliscy i inni koledzy po fachu.

Są to ważne zawodowo momenty, o których pamięta się całe życie, dające satysfakcję, że osoby nam bliskie, zwią-

zane zawodowo, lekarze powierzają nam swoje życie w nadziei na skuteczną pomoc.

• A czy pan był pacjentem, który musiał leżeć w szpitalu? Czy takie doświadczenie zmienia lekarza? Jest taka opinia, że chirurg, który nigdy nie był po drugiej stronie stołu, czyli nie przeżyje całej „ceremonii”: narkozy, budzenia się, gojenia ran itd., nie będzie umiał zrozumieć swoich pacjentów.

– Byłem pacjentem, który z drugiej strony stołu operacyjnego mógł obserwować pracę kolegów i mógł się poczuć jak tysiące innych pacjentów mojej kliniki. Pamiętam, że miałem poczucie wielkiego zaufania do moich współpracowników. Ale jako chirurg miałem również świadomość możliwych i niespodziewanych zdarzeń, powikłań związanych z operacją. Wiedziałem, czego można się spodziewać. „Zwykły” pacjent z reguły nie ma tej świadomości. Zaskoczyło mnie, że problem znieczulenia wydawał się dla mnie w trakcie operacji większą niewiadomą niż sama procedura operacyjna. Na szczęście zdecydowano się na znieczulenie nadoponowe (wyszło podpajęczne!). Całość operacji przebiegała w dość komfortowej atmosferze, w pełnej świadomości i kontrolowaniu kolejnych etapów operacji. Jedynie moment zdjęcia hemostatycznej opaski uciskowej z uda przysporzył mi nieco emocji. Operacja w niedokrwieniu kończyny zaowocowała dużą ilością metabolitów, które gwałtownie rozprzestrzeniły się po całym ciele, dając nieprzyjemne uczucie niepokoju, silnych objawów wegetatywnych, a przez moment panicznego strachu, że dzieje się coś złego. Były też chwile, kiedy przy pierwszej pionizacji po paru dniach leżenia w łóżku miałem uczucie niepokoju, duszności, osłabienia i nagłej świadomości, że jako duży, o sporej tuszy facet, po skomplikowanej operacji rekonstrukcji więzadeł kolana mam duże szanse na zatorowość płucną mimo dużych dawek preparatów przeciwzakrzepowych. To, że jestem chirurgiem, nie pomagało. Wręcz mogę powiedzieć, że zazdrościłem innym pacjentom, którzy nie mieli świadomości potencjalnych zagrożeń. Podobnie jak praca w zawodzie chirurga, tak i doświadczenia związane z byciem pacjentem oddziały chirurgicznego uczą wielkiej pokory, docenienia wartości zdrowia, uzmysłowienia sobie wartości i sensu życia.

„Medicus” 3/2009

Prawo do decydowania

Agnieszka Katrynic

Kiedy lekarz może zrezygnować z podtrzymywania życia pacjenta? Czy sztuczne żywienie to leczenie?

W ostatnich miesiącach toczy się debata publiczna na temat definicji i granic prowadzenia uporczywej terapii, prawa do rezygnacji z niej oraz związanych z tym dylematów moralnych i problemów prawnych.

Spór rozgorzał na nowo po sprawie Eluany Englaro, 38-letniej Włoszki, która po decyzji Sądu Najwyższego w Mediolanie została odłączona od sztucznego odżywiania. Domagał się tego ojciec chorej. Wcześniej w mediach można było obserwować dramat rodziny Shiavo. Amerykankę przez 15 lat utrzymywano przy życiu w trwałym stanie wegetatywnym przy pomocy sztucznego odżywiania, którego zaprzestania domagał się mąż. Jednak rodzice byli przeciwnego zdania. Spór rozstrzygnął dopiero sąd. – Warto pamiętać, że większość ludzi nie chce, by w stanach wegetatywnych sztucznie podtrzymywać ich życie. Przynajmniej takie są wyniki badań – podkreślał prof. Paul Mueller z American College of Physicians, Mayo Clinic, Rochester w stanie Minnesota. – Czasem pacjenta trzeba

zostawić samemu sobie, co nie oznacza, że lekarz jest świadkiem samobójstwa.

Tylko kiedy można mówić o zaprzestaniu terapii, kiedy o przerwaniu opieki, a kiedy o eutanazji?

Cienka granica

Prof. Mueller uważa, że eutanazja, która w większości państw jest nielegalna, to śmierć spowodowana podaniem leków lub innych substancji, a zaniechanie terapii, to po prostu niepodjęcie pewnych działań. Tu jednak rodzi się pytanie: Czy prawo do życia w chwili, gdy to staje się uciążliwe, przestaje obowiązywać? W końcu postęp w medycynie spowodował, iż życie można podtrzymywać niemal w nieskończoność. I co na ten temat mówi nauka Kościoła?

– Jeśli celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia, a nie przedłużanie umierania, nieopóźnianie nieuchronnej śmierci, to jest to zgodne z etyką i nauką katolicką – tłumaczy prof. Tadeusz Biesaga z Katedry Bio-

etyki Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie. – Chory ma prawo do godnej śmierci.

– Godziwe jest zaprzestanie zabiegów ryzykownych, stosowanie działań i środków nadzwyczajnych i przesadnych – dodaje prof. Marian Machinek, etyk z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. I tu spoczywa ogromna odpowiedzialność na lekarzach, bo tylko oni mogą ocenić przydatność i konieczność prowadzenia danej terapii.

Trudności z definicją

Tu jednak nie kończą się problemy. A właściwie dopiero zaczynają, bowiem pojęcie „uporczywej terapii” nie ma w polskim prawie, a jedyne miejsce, gdzie się ono pojawia, to Kodeks Etyki Lekarskiej, którego nie można trakto-

wać jako aktu prawnego, ponieważ jest to jedynie zbiór zasad etycznych. Jednak zdaniem prof. Włodzimierza Wróbla z Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Jagiellońskiego taka definicja nie jest konieczna. – W ramach przysługującej mu autonomii pacjent ma prawo do rezygnacji z każdej terapii, nie tylko tej uporczywej. Każda interwencja medyczna wymaga zgody pacjenta, a sprzeciw pacjenta wobec prowadzonej terapii wyklucza dopuszczalność i legalność interwencji medycznych – uważa prof. Wróbel.

Jednak nie zawsze da się zastosować takie proste rozwiązanie prawne. Bowiem w prawie polskim nie ma „testamentu życia” czy też zgody (lub braku zgody) *pro futuro*. – Największe problemy budzi przypadek, gdy pacjent w warunkach dobrowolności i świadomości wyraził sprzeciw wobec kontynuowania (lub podejmowania) interwencji medycznych, a następnie stracił zdolność wyrażania swojego stanowiska w tym zakresie. Problem polega na tym, iż żądanie zaniechania (niepodejmowania) leczenia powinno być aktualne w chwili wystąpienia zagrożenia dla zdrowia, a ponadto jest ono w każdym momencie „odwoływalne” – mówi prof. Wróbel. Przed lekarzem powstaje wówczas dylemat, czy pacjent rzeczywiście podtrzymałby swoją wolę odmowy leczenia. Czy w sytuacji, gdy pacjent pozbawiony jest możliwości wyrażenia zdania, jego wcześniejsze oświadczenia są nadal aktualne? Prawo nie udziela na te pytania jednoznacznej odpowiedzi opowiadając się raczej za hipotezą wyboru obiektywnego dobra pacjenta.

Znaleźć kompromis

Trudności te próbowano rozwiązać w prawie anglosaskim, gdzie używa się pojęć takich jak leczenie nieproporcjonalne, leczenie nadzwyczajne, leczenie uporczywe, leczenie daremne.

– Każdy z nas jednak często rozumie pod tymi pojęciami coś innego – mówi prof. Roman Jaeschke z McMaster University w Kanadzie.

Dla przykładu nikt nie sugeruje, aby kontynuować leczenie daremne, ale nikomu jeszcze nie udało się w sposób uniwersalny, powtarzalny i praktyczny

zdefiniować, co to znaczy. – Na skutek takiego stanu rzeczy dramatyczne nieraz decyzje podejmowane są, w bardziej lub mniej przejrzysty sposób, w trakcie dialogu pomiędzy pacjentem, rodziną, lekarzem, personelem pielęgniarskim, osobami duchownymi, etykami itd. Czynniki wpływającymi na te decyzje są nie tylko mniej lub bardziej obiektywne informacje medyczne, ale często systemy wartości poszczególnych osób – dodaje Jaeschke.

Co więcej, jak wynika z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii aż 40 proc. lekarzy nie jest w stanie po prawnie rozpoznać oznaki zbliżającej się śmierci. A według innych badań w przypadku co trzeciego zgonu europejskiego pacjenta lekarze świadomie podejmują decyzję o ograniczeniu lub rezygnacji z pewnych form terapii. – A EBM, niestety, nie daje zbyt dużo wskazówek jeśli chodzi o schyłek życia – podkreśla prof. Jacek Łuczak z Katedry Kliniki Medycyny Paliatywnej, Hospicjum „Palium” Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

– Fakt, iż różni pacjenci i różni lekarze podejmują różne decyzje w obliczu tych samych faktów, zmusza nas do wyboru. Decyzje powinny być podejmowane przez zespół medyczny, ale decyzje mogą być podejmowane także przez pacjenta lub jego reprezentantów poinformowanych w pełni przez zespół. W tym drugim wypadku respektowanie autonomii pacjenta wymaga jednak od nas radzenia sobie z własnymi rozterkami i dylematami oraz, przynajmniej w pewnym stopniu, poszukiwania kompromisu – podkreśla prof. Jaeschke.

Zakres interwencji

Tu rodzi się kolejne pytanie: Czy podtrzymywanie życia pacjentów nieuleczalnie chorych, szczególnie podawanie pożywienia i płynów oraz łagodzenie objawów choroby wchodzi w pewnych sytuacjach w zakres terapii uporczywej? Nie brak komentarzy, których autorzy klasyfikują sztuczne odżywianie pacjentów znajdujących się w permanentnym stanie wegetatywnym jako uporczywość terapeutyczną. W przypadku braku poprawy stanu zdrowia takich pacjentów można by, jak się proponuje, przerwać ich odżywianie i nawadnianie.

– Wśród argumentów skłaniających do podjęcia decyzji o zaniechaniu sztucznego odżywiania i nawadniania podaje się zazwyczaj wolę samych chorych, którzy – zazwyczaj w nieformalny sposób, tzn. w rozmowie z najbliższymi lub przyjaciółmi – mieli wyrazić życzenie zaprzestania

wszelkich działań podtrzymujących życie w razie, gdyby mieli znaleźć się w takim stanie – mówi prof. Machinek. – Pacjent mógłby więc, w oparciu o własny katalog wartości, określić jakość swojego życia jako minimalną bądź wręcz ujemną, co wiązałoby się z pragnieniem zakończenia własnej egzystencji.

– Autonomia pacjenta nie może ograniczać autonomii lekarza – podkreśla Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. – Nie można też zmuszać lekarza do podejmowania decyzji sprzecznej z jego sumieniem.

Właśnie styk woli pacjenta z umiejętnościami i sumieniem lekarza to obszar potencjalnego konfliktu, a zapisy przygotowywanej tzw. ustawy bioetycznej (zwanej także ustawą Gowina) wcale tego problemu nie rozwiązują. – W myśl tych zapisów na żądanie pacjenta trzeba będzie prowadzić terapię, nawet jeśli nie ma ona szans na przyniesie poprawy, a z drugiej strony lekarz mimo sprzeciwu pacjenta mógłby prowadzić leczenie, które uznałby za konieczne – mówi Romuald Krajewski. – W ten sposób otwiera się nowe pole konfliktu między lekarzami a pacjentami i ich rodzinami.

Polski problem

Warto także pamiętać, że świadoma zgoda pacjenta, bądź jej brak, może nastąpić tylko wtedy, gdy choremu da się alternatywę, chociażby medycynę paliatywną. Tymczasem w Polsce problem ten jest ciągle nie rozwiązany – brakuje ośrodków i oddziałów dla osób przewlekle chorych, chorych w śpiączce czy też w stanie wegetatywnym. Ciągłe za mało jest hospicjów. Bardzo więc często chory ci są przetrzymywani na oddziałach internistycznych. – Praktycznie na każdym oddziale intensywnej opieki leży po kilku pacjentów, o których można mówić, że stosowana jest wobec nich uporczywa terapia – podkreśla prof. Andrzej Szczeklik z II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. – W przypadku niezgody rodziny na odłączenie takiego chorego od aparatury lekarze właściwie nic nie mogą zrobić.

Nie lepiej jest także z tymi pacjentami, których rodzina postanowiła zabrać do domu. – Często interwencje pogotowia jeszcze pogarszają stan tych chorych – mówi prof. Łuczak. Tu pomoc może jedynie rozwój medycyny paliatywnej i odpowiednich ośrodków. Na to jednak potrzebne są pieniądze, których w systemie ciągle brakuje.

Tekst powstał po sympozjum pt. „Kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”, otwierającym warszawski zjazd „Interna 2009”.

REKLAMA

REKLAMA



Nauczanie medycyny to trudne zajęcie i nie każdy, kto ma dyplom lekarza, automatycznie staje się dobrym nauczycielem młodszego kolegi.

– **Gazeta Lekarska**

Onkologia ciągle niedofinansowana

Agnieszka Katrynicz

Jednej trzeciej zachorowań na nowotwory złośliwe można zapobiec, jedną trzecią wcześniej zdiagnozować i wyleczyć – twierdzą onkolodzy.

Niestety, na walkę z rakiem ciągle w Polsce wydajemy 3 razy mniej niż wynosi średnia europejska. Z raportu sztokholmskiego Instytutu Karolinska wynika, że bezpośrednie koszty leczenia nowotworów złośliwych wynoszą w Polsce 41 euro na osobę, podczas gdy w krajach wydających najwięcej, jak Szwajcaria, Szwecja, Niemcy czy Francja – ponad 200 euro na osobę. – Efekty leczenia nowotworów w Polsce poprawiają się. Jednak różnice między Polską a krajami, które mają najlepsze efekty w leczeniu raka, nie zmniejszą się bez dodatkowych nakładów na onkologię – podkreśla Romuald Krajewski z Centrum Onkologii w Warszawie. Dlatego lekarze zwracali w Polskiej Unii Onkologii wystosowali apel o zapewnienie możliwości diagnozowania i leczenia nowotworów na poziomie wynikającym z Deklaracji Karty Paryskiej z 2000 r., czyli zapewniającym szansę wyleczenia lub przedłużenia życia.

„Środki obecnie przeznaczone na walkę z rakiem w Polsce takich możliwości nie dają” – głosi apel. „Onkolodzy polscy są przygotowani merytorycznie i organizacyjnie do skutecznego rozpoznawania i leczenia nowotworów. Nie spełnimy jednak pokładanych w nas nadziei bez zapewnienia nam niezbędnych środków. Skala potrzeb jest duża, ale w pełni uzasadniona. Wprowadzane w ochronie zdrowia reformy powinny te środki gwarantować”.

Nowotwory złośliwe są drugą (po chorobach serca) przyczyną przedwczesnego umierania Polaków. Każdego roku u ponad 140 tys. obywateli są one diagnozowane, a ponad 90 tys. z powodu raka umiera.

Jest dobrze?

Tymczasem minister Ewa Kopacz chwaliła się niedawno, że to za jej kadencji nakłady na onkologię wzrosły niebagatelnie, bo o ponad 130 proc. I tak np. finansowanie radioterapii wzrosło o 14 mld zł. To prawda, bo w ostatnich dwóch latach skrócił się czas oczekiwania na ten rodzaj terapii. W 2008 r. na jeden aparat przypadało 373 tys. Polaków; zbliża nas to do normy europejskiej wynoszącej 300 tys. mieszkańców. Tyle, że problemem jest jeszcze nierówny dostęp do tej formy leczenia. Dla przykładu w woj. podlaskim na jeden aparat przypada 238 tys. mieszkańców, ale już w małopolskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim jeden aparat musi obsłużyć niemal pół miliona Polaków. Najwięcej radioterapii wykonuje się zaś na Śląsku. Warto też dodać, że w szpitalu im. Barlickiego w Łodzi, chociaż jest pięć aparatów do naświetlań, to działają tylko dwa. To oznacza – chcąc nie chcąc, że pacjentów ustawia się w kolejce. A przecież czas – szczególnie w przypadku chorób nowotworowych – odgrywa niebagatelną rolę.

– Jeśli gdzieś w Polsce chory czeka dwa, trzy miesiące na naświetlania, to wina organizacji. Powinno się czekać od dwóch do czterech tygodni – uważa prof. Marian Reinfuss, krajowy konsultant ds. radioterapii.

Na diagnozowanie i leczenie nowotworów w ub. r. praktycznie nie było limitów. 2008 r. był wyjątkowy, bo pieniędzy ze składek było więcej, niż zakładał NFZ. Jednak nie wpłynęło to na zmniejszenie kolejek. – Kobiety, u których wykryto guzek, nadal czekają cztery miesiące, żeby się zdiagnozować. Wiele z nich robi badania prywatnie i zapożycza się, by zapłacić 6 tys. zł za amputację piersi – mówi Elżbieta Kozik, szefowa Stowarzyszenia Amazonek z Warszawy.

Braki kadrowe

– Narodowy Fundusz Zdrowia może finansować tylko te ośrodki, które istnieją. Chcielibyśmy, by było więcej oddziałów i przychodni onkologicznych, ale ich nie ma – podkreśla Paweł Nawara z mazowieckiego oddziału NFZ.

To prawda – za mało mamy ośrodków onkologicznych, w których pacjent byłby leczony kompleksowo, bo opiekę taką oferują tylko szpitale kliniczne i trzy regionalne ośrodki: w Krakowie, Warszawie i Gliwicach.

Dlatego w warszawskim Centrum Onkologii na operację czeka się trzy miesiące. Sytuacja ma się poprawić, bo osiem sal operacyjnych będzie dłużej pracować. Prof. Marek Nowacki, dyrektor Centrum, przyznaje, że NFZ lepiej płaci za leczenie raka, ale szpitale nie mogą przerobić pieniędzy, bo nie ma lekarzy. A wykształcenie specjalistów trwa kilka lat.

Kłopoty z lekami

Autorzy raportu Instytutu Karolinska zwracają też uwagę na duże różnice między krajami pod względem sprzedaży leków onkologicznych. Jest ona najwyższa we Francji, Szwajcarii i Austrii, a najniższa w Polsce i Czechach. Spośród starych krajów UE niską sprzedaż odnotowano również w Wielkiej Brytanii. Ogółem większość wydatków na leki onkologiczne w Europie jest przeznaczana na leki stare, tj. wprowadzone przed 1998 r. W zużyciu najnowocześniejszych leków przodują takie kraje, jak Francja, Austria i Szwajcaria, podczas gdy Polska jest wśród krajów zużywających ich najmniej, razem m.in. z Węgrami i Litwą. – Polska wypadła nie najgorzej pod względem średniego czasu oczekiwania od rejestracji nowego leku do wprowadzenia go na rynek – podkreśla Romuald Krajewski. – Okres ten wyniósł ok. 214 dni, podczas gdy w krajach takich jak Austria, Francja, Węgry czy Włochy – ponad 300 dni, a w Belgii czy na Słowacji – ponad 400. Można zatem powiedzieć, że udostępniamy nowe leki dość szybko, ale w niewielkim wyborze.

Kłopoty są zwłaszcza z tzw. terapiami niestandardowymi, na które ciągle trzeba zdobyć zgodę NFZ. A są to najczęściej terapie lekami najnowocześniejszymi i najskuteczniejszymi lub takimi, które pozwalają przeprowadzić leczenie oszczędzające narządy.

Jednak według Rafała Zyska, dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami w NFZ, od lipca 2008 r. – czego już nie uwzględnia raport – nastąpiło wiele korzystnych zmian w finansowaniu onkologii. NFZ odszedł m.in. od katalogu schematów chemioterapii, który powodował dużą biurokratyzację. – Do lipca 2008 r. wszystko, co się nie mieściło w schematach, musiało być rozliczone w ramach terapii niestandardowej, a teraz mamy wykaz substancji czynnych stosowanych w chemioterapii i substancje będące w tym wykazie można dowolnie łączyć. To pozwala na znacznie większą indywidualizację terapii – podkreślił Zysk. Do innych pozytywnych zmian w onkologii Rafał Zysk zaliczył wprowadzenie oddzielnego katalogu leczenia ciężkich i zagrażających życiu powikłań po

chemioterapii oraz zwiększenie wyceny świadczeń w chemioterapii i świadczeń wykonywanych w ramach programów terapeutycznych. Na przykład wzrost wyceny hospitalizacji związanej z wykonaniem programu terapeutycznego wzrósł niemal o 140 proc. w przypadku osoby dorosłej i o 113 proc. w przypadku dziecka. Jednak nie wiadomo czy ten trend się utrzyma, bo jak przyznaje NFZ nie przewidywano tak gwałtownego zmniejszenia składek, jakie nastąpiło w tym roku. – Może się okazać, że z powodu wzrostu bezrobocia w drugiej połowie roku spływ składek spadnie do takiego poziomu, że będziemy mieć duże trudności z finansowaniem tych świadczeń – zaznacza Zysk.

Brak badań

Ciągle jest także nie rozwiązany problem małej ilości badań profilaktycznych. To problem nie tylko Polski, bo jak wynika z raportu Komisji Europejskiej państwa członkowskie przeprowadzają mniej niż połowę zalecanych badań. – Inwestycje w programy badań przesiewowych opłacają się na dłuższą metę. Prewencja stanowi najbardziej skuteczny i najtańszy sposób ograniczenia do minimum przypadków śmierci na raka – przypomina Andrulla Wasiliu, komisarz ds. zdrowia.

Jeżeli chodzi o raka piersi, to tylko 22 kraje stosują systematyczne programy badań przesiewowych. Polska jest wśród nich. Jednak warto przypomnieć niedawną aferę z pracowniami mammograficznymi, które nie zawsze prawidłowo wykonywały badania. W efekcie wciąż nie wiadomo ile pacjentek „przeoczono”. Trzeba też dodać, że u kobiet rak piersi, szyjki macicy i jelita grubego odpowiada za 32 proc. zgonów.

W przypadku raka jelita grubego (który uśmierca 11 proc. europejskich mężczyzn) systematyczne badanie przesiewowe prowadzi jeszcze mniej państw UE, bo tylko 12. Tylko trzy kraje: Polska, Czechy i Włochy, prowadzą takie programy zarówno na narodowym, jak i regionalnym poziomie.

– Można zmniejszyć ryzyko zachorowań: rzucenie palenia i prawidłowy BMI, to główne czynniki kancerogenne, a są to czynniki, na które wpływ ma każdy z nas – mówi Tadeusz Pieńkowski z warszawskiego Centrum Onkologii. – Warto też pamiętać, że np. wyleczenie raka piersi wykrytego w badaniach przesiewowych kosztuje tysiąc dolarów, a tego wykrytego rutynowo aż 7 tys. dolarów.

Ciągle jednak brak jest dobrego pomysłu na skuteczne działania profilaktyczne. I dopóki to się nie zmieni, statystyki zachorowań nie spadną.

REKLAMA

REKLAMA



fot. Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 24 III 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury**. Prezydium z zadowoleniem przyjęło zawartą w projekcie propozycję zwiększenia wysokości kwot zasadniczych wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów. Jednocześnie podkreślono, że aktualne pozostaje stanowisko samorządu lekarskiego postulujące, aby płaca minimalna dla lekarzy i lekarzy dentyków wyniosła odpowiednio: dla lekarza bez specjalizacji – dwukrotność średniego krajowego wynagrodzenia, a dla lekarzy ze specjalizacją – trzykrotność średniego wynagrodzenia.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**. Prezydium podkreśliło, że projekt nie zawiera regulacji dotyczących finansowania działań inwestycyjnych niezbędnych do utworzenia w szpitalach centrów urazowych. Ocena skutków regulacji wskazuje, że utworzenie centrów urazowych ma być finansowane ze środków, jakie szpitale otrzymują z NFZ na udzielanie świadczeń. Zdaniem Prezydium koszt powstania i funkcjonowania centrów powinien być ponoszony przez władze państwowe i samorządowe.

Delegowano: Konstantego Radziwiłła na konferencję poświęconą **roli leków genericznych** (*The Role of Generic Drugs for Healthcare Sustainability and Accessibility*) organizowaną przez Europ. Stow. Leków

Genericznych (*European Generic Medicines Association – EGA*) w Pradze 31.03.br.

Prezydium NRL – 6 IV 2009

Delegowano:

- **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie Zarządu Europ. Unii Lek. Specjalistów (*UEMS Enlarged Executive*) i na posiedzenie ogólne Europ. Unii Lek. Specjalistów (*UEMS*), w dn. 24-25.04.br. w Brukseli.
- **Konstantego Radziwiłła i Klaudiusza Komora** na posiedzenie **Stalego Komitetu Lekarzy Europejskich** połączone ze spotkaniem Europejskich Organizacji Lekarskich, w dn. 12-13.06.br. w Brukseli.

Prezydium NRL – 24 IV 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej**. Prezydium wskazało, że niezrozumiałe jest określenie miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego w załączniku do rozporządzenia w wysokości poniżej wynagrodzenia minimalnego, które wynosi 1276 zł. Ponadto wysokość stawki w kategoriach zaszerzowania XVII-XIX powinna być skorelowana z planowanym podwyższeniem wynagrodzenia lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

Naczelna Rada Lekarska – 24 IV 2009

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych**. NRL stwierdziła, że prawidłowe uregulowanie zagadnień objętych rozporządzeniem wymaga przede wszystkim zmiany przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. NRL uważa, że ustawa powinna przesądzać, że niedopuszczalne byłoby uznawanie posiadania świadectwa umiejętności za warunek wykonywania odpowiednich świadczeń medycznych lub stomatologicznych. Całość stanowiska NRL dostępna na str. www.nil.org.pl

NRL przyjęła uchwałę w sprawie przyjęcia projektu zmian do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków**. NRL postuluje zmianę w załączniku nr 3 dotyczącą zniesienia limitu liczby punktów edukacyjnych, jakie można otrzymać realizując obowiązek doskonalenia zawodowego w danej formie w okresie rozliczeniowym. Zaproponowano ponadto, aby punkty edukacyjne za szkolenie wewnętrzne można było uzyskać dopiero po zgłoszeniu odbytych szkoleń wewnętrznych do właściwej OIL.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu RP nt. roli lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Naczelnej Komisji Rewizyjnej.
- Udział w posiedzeniu zespołu ds. odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawach dot. ordynacji leków.
- Spotkanie z trzecim sekretarzem Gospodarczego i Kulturalnego Biura Tajwanu Yen-Shin Chu.

- Udział w posiedzeniu podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Komisji Zdrowia Sejmu RP.
- List do przewodniczących ORL – w sprawie danych dotyczących liczby automatycznego uznania kwalifikacji w 2007 r. uzyskanych w innych niż Polska państwach członkowskich UE.
- Udział w spotkaniu członków NRL z dyr. Andrzejem Rysiem z Departamentu Zdrowia Publicznego Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów (SANCO) Komisji Europejskiej.
- Udział w konferencji „Kwartal obowiązywania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy produktów leczniczych”.
- Udział w XXVII zjeździe OZL w Warszawie.
- Udział w seminarium „Skąd wyszliśmy – dokąd zmierzamy?”, czyli 10 lat od zmiany systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce” w ramach cyklu Forum Medycyna 2010.
- Udział w konferencji „Rola leków genericznych w utrzymaniu wydolności i dostępności opieki zdrowotnej” w Pradze.
- Spotkanie z prezesem Krajowej Rady Radców Prawnych Maciejem Bobrowiczem.
- Udział w uroczystości wręczenia grantów Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Medycyny i Farmacji.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu RP dot. rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- Udział w II Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”
- Udział w konferencji prasowej zapowiadającej VII Światowy Kongres Polonii Medycznej w Toruniu.
- List do Michała Serzyckiego, generalnego inspektora ochrony danych osobowych – samorząd lekarski popiera stanowisko kwestionujące przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych w zakresie zasadności rozszerzania zakresu danych osobowych zbieranych przez różne organy państwowe.
- Udział w IX Konferencji Naukowej Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia „Zdrowa kalkulacja” w Warszawie.
- Udział w X Okręgowym Zjeździe Lekarzy i uroczystości otwarcia nowej siedziby OIL w Częstochowie.
- Udział w XI Międzynarodowej Konferencji Okrągłego Stołu „Kształcenie przed- i podyplomowe w stomatologii wobec zmieniających się uwarunkowań” w Nałęczowie.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.
- Udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących ORL.
- Udział w posiedzeniu Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną NIL.

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



VII Światowy Kongres Polonii Medycznej

Szanowni Państwo!

Mamy zaszczyt w imieniu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych oraz Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej zaprosić Państwa do Torunia, gdzie w dn. 16-19 września br. odbędzie się VII Światowy Kongres Polonii Medycznej. Współorganizatorami Kongresu są Naczelna Izba Lekarska, Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”, Urząd Miasta Torunia i Urząd Marszałkowski w Toruniu.

Piętnaście lat temu, w 1994 r. powstała Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych skupiając kilkanaście stowarzyszeń i związków działających od lat w wielu środowiskach polonijnych na świecie. Stworzenie takiej platformy umożliwiło bliższą współpracę między członkowskimi organizacjami oraz sprzyjało zacieśnianiu kontaktów z polskim środowiskiem lekarskim. Jednym z ważniejszych zadań Federacji jest przygotowywanie Światowych Kongresów Polonii Medycznej.

W 2009 r., kiedy Federacja obchodzić będzie XV-lecie swojego istnienia, odbędzie się już VII Światowy Kongres Polonii Medycznej. Będzie to Kongres specyficzny, gdyż wiele czasu zostanie poświęcone pracy nad tworzeniem nowego modelu Federacji, odpowiadającego wyzwaniom medycyny XXI w. i zmieniającym się potrzebom Polonii Medycznej. Obecnie coraz bardziej wyraźnie zarysowuje się konflikt między terapeutyczno-technologicznymi możliwościami medycyny, etycznymi podstawami lekarskiego postępowania a ekonomicznymi uwarunkowaniami działania ochrony zdrowia. Jednocześnie obserwujemy nie spotykany dotychczas rozwój coraz mniej inwazyjnych metod leczenia podbudowany superdokładną diagnostyką pozwalającą na bardzo wczesne wykrywanie schorzeń. Odkrycia nauk medycznych ostatnich czasów są szybko wdrażane do klinicznej praktyki, dzięki bliskiej współpracy naukowców z przemysłem. Ten pozytywny trend ma jednak swoje cienie, wśród których najważniejsze to wzrastające koszty leczenia i ryzyko negatywnych efektów ubocznych dla pacjentów. Te niełatwe a nieuniknione kwestie będą przedmiotem debat w trakcie Kongresu. Dlatego tematyka VII Kongresu ogniskować się będzie wokół głównego hasła, jakim jest „Medycyna XXI wieku; możliwości i zagrożenia”.

W czasie naukowych sesji będziemy mogli zapoznać się z tymi problemami poprzez pryzmat doświadczeń lekarzy specjalizujących się w leczeniu chorób układu pokarmowego. Jeszcze bardziej wyraziście ujawnią się dylematy współczesnej medycyny podczas sesji dotyczących zdrowia młodego i starego pokolenia. Każdy z nas bez względu na specjalizację powinien być zorientowany, jaki diagnostyczny arsenał jest aktualnie do dyspozycji lekarzy. Z diagnostyczną rzeczywistością i jej wspianymi osiągnięciami a zarazem ograniczeniami zapoznać się będzie można w czasie obrad kongresowych. Ponadto zorganizowane będą satelitarne konferencje: okulistyczna, stomatologiczna, informatyki medycznej oraz warsztaty etyczne.

Celem Kongresu poza naukowymi prezentacjami i debatami jest integracja środowisk medycznych polonijnych i polskich. Sprzyjać temu powinien bogaty program imprez towarzyszących o charakterze artystycznym, krajoznawczym i sportowym. Toruń to miasto sławne na cały świat nie tylko dzięki Mikołajowi Kopernikowi. Z racji wartości historycznej Toruń został w 1997 r. wpisany na listę Światowego Dziedzictwa UNESCO, ale i tak wszystkim kojarzy się głównie z wielkim astronomem i piernikami... Toruń liczy ponad 200 tys. mieszkańców. To miasto ponad trzystu zabytków, dostojnie stare w centrum, nowoczesne i zielone na obrzeżach, przecięte wielką wstęgą Wisły.

W imieniu organizatorów zapraszamy do magicznego Torunia i uczestnictwa w VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej.

Jan W. Borowiec
 prezes
 Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Maciej Z. Czerwiński
 przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
 VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej



Sprawdź, czy pijesz bezpiecznie

Kiedy picie alkoholu staje się problemem? Jak sprawdzić, czy moje picie jest bezpieczne? W jaki sposób przeliczyć wypity alkohol na porcje standardowe? Jaka jest różnica między pićm ryzykownym i szkodliwym? Czy alkohol działa tak samo na kobiety i na mężczyzn?

Odpowiedź na takie i inne pytania ma przynieść kampania „Sprawdź, czy twoje picie jest bezpieczne”, zorganizowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która ruszyła 7 kwietnia br.

Przedsięwzięciu patronuje m.in. Senat RP i biuro WHO, a partnerami są m.in. Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Komenda Główna Policji. Kampania jest skierowana do dorosłych konsumentów napojów alkoholowych – także tych, którym wydaje się, że piją niewiele i rozsądnie. W Polsce ponad 80 % Polaków sięga po alkohol. Organizatorzy chcą zachęcić dorosłych Polaków do oceny własnego wzoru picia i ostrzec przed zagrożeniami, jakie mogą pojawić się w związku z pićm alkoholu.

Celem kampanii jest ograniczenie liczby osób pijących ryzykownie i szkodliwie oraz przekazanie wiedzy na temat szkód, jakie wiążą się ze spożywaniem alkoholu. Z badań przeprowadzonych przez PARPA wynika, że populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie kształtuje się w Polsce na poziomie ok. 13 %, jest więc ponad cztery razy większa niż populacja osób uzależnionych od alkoholu (szacowana na ok. 3 %). Częścią kampanii jest strona www.wyhamujwpore.pl, na której każdy dorosły będzie mógł zrobić sobie test AUDIT oraz sprawdzić, jakie są limity picia o niskim ryzyku szkód.

Do kampanii już przystąpiło blisko 1400 samorządów gminnych i 15 wojewódzkich. Jeszcze nigdy żadna społeczna kampania nie spotkała się z takim odzewem ze strony samorządów lokalnych.

agag

Czy pijesz bezpiecznie oceni lekarz rodzinny

Z Jarosławem Krawczykiem, z Zakładu Medycyny Rodzinnej i Medycyny Społeczności Lokalnych UM w Łodzi rozmawia Anna Augustowska

- **Zdarza się panu pytać swoich pacjentów o ilość wypijanego alkoholu?**
 - Owszem i staram się tego nie unikać. Chociaż przyznaję, nie jest to łatwe, bo pacjenci zgłaszający się do lekarzy rodzinnych rzadko, żeby nie powiedzieć nigdy, nie mówią wprost o problemie z ryzykownym czy szkodliwym pićm alkoholu. Kiedy mają kłopoty zdrowotne związane z pićm, to przychodzą po leki na ból głowy czy wątroby, mówią o kłopotach żołądkowych, o przemęczeniu, nadciśnieniu itd. Chcą szybkiej porady, czasami zwolnienia z pracy, aby wrócić do domu i leczyć „kaca”. Ale o tym lekarzowi już nie mówią, bo pijący ryzykownie zwykle nie zdają sobie z tego sprawy, że ich picie zaczyna zagrażać ich zdrowiu i życiu. Bardzo rzadko ktoś przychodzi i mówi: „Piję zbyt wiele, zbyt często, nie mogę przestać pić, co robić?”

Samoleczenie

Ze zjawiskiem samoleczenia tak pacjenci jak i lekarze stykają się bardzo często.

Mimo dość długiej tradycji terapeutycznej w tym zakresie z samoleczeniem jest sporo kłopotów. Popierane przed jednych, kon- testowane przez innych wzbudza wiele zainteresowania zarówno w środowisku medycznym, jak i pacjentów.

W światowych rekomendacjach

W rezolucji Parlamentu Europejskiego z 1996 r. czytamy: *Parlament Europejski uważa, że świadomie podejmowane samo- leczenie powinno być dalej promowane, co pozwoli na umocnienie wspólnej dla wielu obywateli Unii postawy dotyczącej przejęcia odpowiedzialności za swoje własne zdrowie i redukcję wydatków zdrowotnych. W ostatnich latach odpo- wiedzialnie podejmowane samoleczenie zostało uznane przez instytucje Wspólnoty Europejskiej za istotny element długoter- minowej polityki w zakresie ochrony zdro- wia. Jako część procesu zmian prawa, jest istotne, aby stworzyć bardziej przejrzyste*

zasady i procedury określające zmianę statusu leku z Rp na OTC.

W dokumencie WHO z 2000 r. stwier- dza się, że *samoleczenie odgrywa ważną rolę w systemach opieki zdrowotnej. Uznanie odpowiedzialności ludzi za ich własne zdrowie oraz świadomość, że profesjonalna opieka często nie jest konieczna w przypadku niektórych cho- rób i dolegliwości wzmacnia ten pogląd. Podnoszenie poziomu wiedzy ogólnej w społeczeństwie, poziom edukacji i statusu socjoekonomicznego w wielu krajach stwarza uzasadnioną podstawę do rozwoju i znaczenia samoleczenia (Guidelines for the Regulatory Asses- sment of Medicinal Products for use in Self-Medication).*

Jak to było

Zjawisko samoleczenia praktycznie istnieje tak długo jak ludzkość, zatem jest starsze niż medycyna czy farmacja. Moż- na by rzec wynika wprost z najbardziej

podstawowych odruchów biologicznych zwanych potocznie instynktami i jest wzbogacone o cechę szczególną dla *Homo sapiens*, czyli świadome i rozum- ne działanie. Istotą samoleczenia jest zatem świadome, rozumne, oparte na doświadczeniu lub wiedzy samodzielne działanie mające na celu zmniejszenie odczuwalnych dolegliwości zdrowotnych. Umiejętność samodzielnego radzenia sobie z dolegliwościami zdrowotnymi, urazami, kondycją fizyczną i psychiczną, a nawet elementy profilaktyki prozdro- wotnej były przez stulecia przekazywane z pokolenia na pokolenia, jako ogólna „wiedza o życiu”.

Zjawisko samoleczenia w rozumieniu zdrowia publicznego, w kontekście skali i znaczenia, praktycznie nie istniało do lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Dopiero wówczas rodziła się w rozwinię- tych społeczeństwach potrzeba większe- go zainteresowania i aktywna postawa wobec własnego zdrowia, czynników ryzyka występowania chorób, a pacjenci na większą skalę otrzymywali dostęp do leków nabywanych bez recepty. W Pol- sce zmiany takie rozpoczęły się znacz- nie później. Dostęp do nowoczesnych leków OTC w Polsce, w stosunku do krajów zachodnich, nastąpił średnio z ok. 10-letnim opóźnieniem. O początkach

- **Czyli inicjatywa leży w rękach samych lekarzy, którzy są zapra- cowani i nie mają czasu na wysłuchiwanie takich „zwierzeń”?**
 - No cóż, trochę tak pewnie jest. Brak czasu na dłuższą rozmo- wę to jedno, ale z drugiej strony lekarze nie bardzo wiedzą jak rozmawiać z takimi osobami o ich pićm. Bo pacjentom pijącym ryzykownie lub szkodliwie czy już chorym trudno jest dawać tylko dobre rady, aby wzięli się w garść i przestali pić.
- **No ale skoro pacjent nie zgłasza takiej potrzeby pomocy?**
 - I w tym cała rzecz! Nie można czekać aż pacjent sam przemówi, bo jak wiemy nie przemówi, natomiast jego organizm owszem. Zwykle bardzo wyraźnie możemy te znaki odczytać. Starajmy się wykorzy- stywać do takiej rozmowy sytuacje, kiedy zgłasza się do nas pacjent z nadciśnieniem, dolegliwościami wątroby, jelit czy z cukrzycą.
- **Mają teraz państwo specjalny sposób na prowadzenie takiej rozmowy.**
 - Owszem, tzw. krótką interwencję, mamy też narzędzie przesiewo- we, które pozwala ocenić sposób picia. Jest to Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Pićm Alkoholu AUDIT. To zaledwie 10 pytań, które pozwalają sprawdzić czy osoba na nie odpowiadają- jąca pije bezpiecznie, czy nie zmienił się jej model picia. Ludzie nie wiedzą, że ktoś, kto dzisiaj pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka, może w wyniku różnego rodzaju okoliczności zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Uświadomienie sobie tego pozwala wyhamować, ograniczyć picie i ochronić swoje zdrowie. Już sam fakt, że lekarz zwraca uwagę na ten aspekt zdrowia swojego pacjenta ma ogromną siłę terapeutyczną. Kiedy lekarz mówi: „Nie podoba mi się sposób pana/pani picia...”, zapala w ludziach jakiś alarm.

Test może leżeć w poczekalni, może też być wręczony pacjen- towi przez lekarza z prośbą o wypełnienie. To trwa parę minut, a tak wiele można w tym czasie zdziałać. Badania wykazały, że samo wykonanie testu przez pacjenta aż o 18 proc. obniża spożycie alkoholu! Warto!

Jak się rozwija

Cały rynek OTC wart jest w Polsce ponad trzy miliardy złotych, co stanowi ca 1/4 wartości wszystkich sprzeda- wanych leków. W ostatnich czterech latach rynek ten notuje niewielki wzrost ilościowy (średnio 2-3 % rocznie) i nie- co wyższy wartościowy (średnio 8 % rocznie). W polskich aptekach dostęp- nych jest ponad półtora tysiąca różnych produktów OTC.

Podstawowymi warunkami dla rozwoju rynku leków i innych produktów OTC jest ich dostępność dla pacjentów. Rozwój ka- tegorii dostępności powoduje, że pacjent stosuje w samoleczeniu leki OTC w coraz to większej ilości wskazań. W przeszło- ści tradycyjnie leki OTC stosowało się w banalnych dolegliwościach, najczęściej bólowych. Obecnie samoleczenie w co- raz większym stopniu obejmuje liczne wskazania w alergologii, pulmonologii,

gastroenterologii, kardiologii. Zmienia się również charakter wskazań z trady- cyjnych objawowych na profilaktyczne i kontynuację leczenia. W niektórych kra- jach pacjenci już mają bezpośredni dostęp do leków zawierających symwastatynę, by obniżyć poziom cholesterolu oraz tryptany do walki z napadami migreny, leków stosowanych w nikotynowej terapii zastępczej, a nawet do niektórych antybio- tyków. Coraz więcej leków OTC stosuje się również w chorobach przewlekłych.

Zagrożenia

Jest oczywiste, że tak duży i rosnący dostęp do leków OTC rodzi ryzyko i za- grożenia wynikające z ich niewłaściwego stosowania oraz licznych możliwych niekorzystnych interakcji. W szczegól- nym stopniu może to dotyczyć ludzi starszych, którzy z uwagi na swój wiek dodatkowo cierpią na szereg chorób leczonych licznymi lekami receptowy- mi. Szczególne problemy powodują interakcje z lekami nasennymi i alkooho- lem. Pewnym zagrożeniem jest również coraz większe stosowanie leków i in- nych preparatów ziołowych, zwłaszcza że tradycyjnie stosowane leki roślinne z Dalekiego Wschodu, zawierające czę- sto silnie działające substancje, są coraz

- **O tym jak i kiedy stosować test, o tym jak rozmawiać i postępować z pacjentami, którzy piją ryzykownie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce prowadzi szkolenia. Na czym polegają?**
 - Szkolenia te są efektem i kontynuacją europejskiego projektu PHEPA, w którym opracowano program szkolenia dla lekarzy opieki podstawowej jak udzielać porady związanej z pićm alkoholu. Szkolenie daje lekarzowi narzędzie do wykrywania pa- cjentów pijących ryzykownie i szkodliwie w postaci testu AUDIT oraz proponuje zastosowanie wobec tych pacjentów tzw. krótkiej interwencji, czyli porady jak ograniczyć picie. W ramach pilotażu przeprowadziliśmy takie szkolenia w Pomorskiej AM i na Uniwer- sytecie Medycznym w Łodzi. I tutaj nasza oferta szkoleń zbiegła się z wdrażaniem kampanii „Sprawdź czy Twoje picie jest bezpieczne”, którą właśnie rozpoczęła Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- **Dzięki dobrej współpracy, specjalnie dla potrzeb kampanii, przygotowaliśmy wersję szkolenia będącą ofertą dla samorządów i wykształciliśmy grupę ponad 40 lekarzy-edukatorów, którzy są gotowi prowadzić takie szkolenia dla personelu medycznego w całej Polsce. Z inicjatywą szkolenia występuje samorząd konkretnej gmi- ny czy powiatu, a zespół lekarzy-edukatorów tam jedzie i prowadzi zajęcia dla lokalnych lekarzy. Kampania wystartowała na początku kwietnia i niemal natychmiast takie zgłoszenia przysły z kilku gmin, m.in. Tucholi, Będzina i Iławy.**
 - **Gdzie powinni zgłaszać się lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w takim szkoleniu?**
 - Do swoich władz samorządowych – do kampanii przystąpiło niemal 1400 samorządów gminnych i 15 wojewódzkich – a te do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. To właśnie Agencja ma rejestr lekarzy-edukatorów i we współ- pracy z Kolegium i Uniwersytetem Medycznym w Łodzi będzie koordynować szkolenia.

Tomasz Korkosz

Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej

Pięć krytycznych konkluzji

Kazimierz Szewczyk

Prace nad projektem „Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw” (dalej „ustawy bioetycznej”) dawały dogodną okazję do umieszczenia w „prawie medycznym” naszego kraju instytucji testamentowej dyspozycji życiem (TDŻ), pozwalającej pacjentom na zaprzestanie albo niepodjęcie niechcianego leczenia utrzymującego przy życiu.

Pałacą konieczność takiego rozwiązania pokazują badania anesteziologa – intensywyisty Pawła Andruszkiewicza i współpracowników. Wynika z nich, że aż ponad 60% polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych, podejmowanych w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z przyczyny znacznego zaawansowania choroby pacjentów. Motywem tych nieetycznych działań są obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzielenie pomocy.

Także autorzy projektu ustawy bioetycznej widzą potrzebę nadania mocy prawnej testamentowi życia. W punkcie 15 Uzasadnienia ustawy wiążą ją z ogromną technicyzacją medycyny i zwiększającymi się możliwościami podtrzymywania wybranych funkcji życiowych organizmu, prowadzącymi niekiedy do sztucznego przedłużania agonii i procesu umierania. Niestety – jak postaram się wykazać – proponowany produkt regulacyjny nie jest w stanie odpowiedzieć na zasygnalizowane zapotrzebowanie. Ogranicza się wyłącznie do konstrukcji prawnej nazywanej „uporczywą terapią”. Takiego właśnie leczenia pacjent może odmówić składając oświadczenie *pro futuro*.

Uzasadnienie wysuniętej tezy rozpocznie od poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy uporczywa terapia jest tożsama z daremnym leczeniem. Redaktorzy ustawy wskazują, że pojęcie uporczywej terapii wprowadzone do dokumentu *odpowiada definicji wypracowanej w formie konsensusu przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia w ramach projektu badawczego „Granice terapii medycznych”*. Jarosław Gowin, promotor projektu ustawy bioetycznej, wyraźnie podkreśla, że *testament życia odzwierciedla chrześcijańską koncepcję człowieka*. Z wypowiedzi tej wynika, że na definicję wpłynęła nauka Kościoła katolickiego dotycząca warunków godności rezygnacji przez chorego z leczenia podtrzymującego życie.

Kluczowe dla badań będzie poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy magisterium Kościoła zawęży daremną terapię jedynie do leczenia stosowanego *w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem*. Jan Paweł II w Encyklice „*Evangelium vitae*” pisze: *Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację kondycji ludzkiej w obliczu śmierci*. Zasada proporcjonalności ma także aspekt powszechny – jest regułą odnoszącą się do wszystkich etapów choroby, a nie tylko do jej stanu terminalnego i wyłącznie do osób umierających. Na korzyść proponowanej „rozszerzającej” interpretacji uporczywości leczenia przemawia też wypowiedź Papieskiej Rady *Cor Unum*. Uporczywym leczeniem jest leczenie

nieproporcjonalne, którego jedną z form jest terapia w sytuacji bliskości śmierci, jedynie przedłużająca umieranie. Także *Katechizm Kościoła katolickiego* nie zawiera sformułowań jednoznacznie nakazujących zawężenie daremnej terapii do sytuacji bliskości śmierci. Stwierdza się w nim, że *Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta*.

Wąskie zdefiniowanie uporczywości terapii pojawia się w „*Karcie pracowników służby zdrowia*” i obejmuje jedynie *sztuczne przedłużanie agonii*. Jest to jednak tekst niższej rangi o charakterze „wykonawczym”, w porównaniu z poprzednimi dokumentami.

Członkowie Grupy Roboczej i redaktorzy ustawy zawęzili pojęcie uporczywej terapii do sytuacji bliskiej śmierci i jest to zawężenie słabo usprawiedliwione nauką Kościoła. Jako jeszcze jeden argument na rzecz postawionej tezy może posłużyć art. 32 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przepis ten stanowi: *W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych*. Można się domyślać, że uporczywa terapia obejmuje procedury przedłużające umieranie, czyli podejmowane w bezpośredniej bliskości śmierci, okupione cierpieniem pacjen-

ta. Uporczywość definiowana w KEL i uporczywość definiowana w ustawie uległy w ten sposób zakresowemu utożsamieniu. W bioetyce anglosaskiej tak zawężona daremna terapia nazywana jest „medyczną daremnością” (*medical futility*), samo zaś leczenie tego rodzaju terapią daremną (*futile*).

Ożywioną dyskusję nad daremnością leczenia zapoczątkował kazus pacjentki w stanie trwale wegetatywnym i bliskiej śmierci. Mąż chorej nalegał na utrzymanie jej przy życiu przy pomocy respiratora i sztucznego karmienia, procedur uznanych przez lekarzy za nieskuteczne. Lekarze zdecydowali – nie bez podstaw – że domaganie się przez chorych lub ich przedstawicieli leczenia daremnego jest nieusprawiedliwionym wkraczaniem w prerogatywy medyków. Stąd decyzję o tym, czy dana terapia jest już daremna czy jeszcze „użyteczna”, w ostatecznej instancji podejmuje nie pacjent – jak w przypadku uporczywej terapii – lecz lekarz wyposażony w odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie.

W tym miejscu analiz nasuwa się pytanie: Czy kontynuacja (względnie wdrożenie) działań daremnych, a więc nieużytecznych w leczeniu, nie jest tożsama z popełnieniem błędu medycznego? Za takim wnioskiem przemawia, między innymi, następujące zdanie Komentarza do definicji Grupy Roboczej: *Uznanie terapii za uporczywą, a więc w sposób szczególny nieuzasadnioną, stanowi dodatkowy argument zwalniający lekarza z obowiązku kontynuacji leczenia i daje mocniejszą podstawę do przeciwstawienia się żądaniom i naciskom*. Terapia daremna jest więc błędem w sztuce medycznej, bo jest leczeniem szczególnie nieuzasadnionym, nieskutecznym, przedłużającym li tylko umieranie, wiążącym się z naruszeniem godności pacjenta i z nadmiernym jego cierpieniem i często podejmowana bywa w efekcie nacisków zewnętrznych, np. ze strony rodzin. Czy jest jakkolwiek sens zapisywać w ustawie prawo (i to warunkowe) do odmowy takiego „leczenia”?

Kolejne pytanie, to czy w społeczeństwach demokratycznych zasada poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta jest „pierwszą pośród równych”. Zasada ta ma dwa aspekty: pozytywny – uprawniający pacjenta do stawiania żądań pod adresem lekarza (sytemu opieki zdrowotnej) i negatywny – dający mu prawo odmowy świadczeń medycznych (poza nielicznymi wymienionymi w odpowiednich regulacjach prawnych). Reguła daremności leczenia należy do grupy pryncypiów ograniczających zakresowo pozytywną stronę zasady autonomii. Natomiast doktryna propor-

cjonalności terapii limituje negatywny aspekt omawianej zasady, nakładając obowiązek wdrażania i kontynuowania leczenia proporcjonalnego. Obowiązek ten dotyczy jednak ludzi będących członkami Kościoła katolickiego, a także tych, którzy w sumieniu swoim obawiają się, że odmawiając leczenia popełnią samobójstwo. Zasada proporcjonalności nie powinna być wprowadzana do prawa krajów demokratycznych i neutralnych światopoglądowo ani w szerokiej, ani w zawężonej formie. W etyce czterech zasad, będącej dominującym sposobem uprawiania bioetyki, zasada autonomii jest pierwszą między równymi. Wagę i pierwszeństwo tego pryncypium pokazują również przykłady wybrane z orzecznictwa sądów. Judykatura i komentatorzy generalnie odrzucają próby zmierzające do zarysowania różnicy między, na przykład, „zwyczajnymi” i „nadzwyczajnymi” procedurami oraz między stanami „terminalnymi” i „nie-terminalnymi” albo między „niepodjęciem” i „zaprzestaniem” leczenia. Według jednego z sądów brytyjskich *Autonomia pacjenta i etyka medyczna nie są zamienne; jednej nie można zastąpić drugą*. Również w polskim orzecznictwie dysponujemy postanowieniem kluczowym dla przypadków odmowy leczenia podtrzymującego życie. W październiku 2005 r. w sprawie dotyczącej odmowy transfuzji krwi Sąd Najwyższy podkreślił, że w demokratycznym społeczeństwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów. Zasada poszanowania autonomii pacjenta *nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegu) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go*.

W projekcie ustawy bioetycznej postuluje się wprowadzenie noweli do art. 20 ust.2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: *Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień oraz niepodjęcia działań mających charakter uporczywej terapii*. Prawo to jest sankcją dla kwalifikowanej formy sprzeciwu, jak je nazywa punkt 17 Uzasadnienia ustawy. Sprzeciw ten może być określany

dokończenie na str. 26

Świadoma zgoda pacjenta



fot. Marek Stankiewicz

Marek Czarkowski

Lekarze nie powinni narażać się na zarzut postępowania bez zgody lub wbrew woli pacjenta. Świadomą zgodę stworzono z myślą o poszanowaniu autonomii pacjenta. Chroni ona interesy lekarza i broni go przed oskarżeniem o samowolne działanie.

Uzyskiwanie zgody na interwencję medyczną jest dodatkowym i czasochłonnym zajęciem. Od lat lista obowiązków lekarzy systematycznie wydłuża się, a ilość papierkowej pracy wzrasta. Niestety, nikt nie uwzględnia w harmonogramie zajęć lekarza tych procedur. Zwykle brakuje więc czasu,

świadomej zgody od pacjenta. Dobrze przeprowadzona chroni lekarza, zwłaszcza gdy działanie medyczne okaże się nieskuteczne lub spowoduje znaczny uszczerbek zdrowia.

Potrzeba uzyskania zgody została zapisana we wszystkich znanych kodeksach regulujących zasady leczenia i prowadzenia eksperymentów medycznych. Wynika z przyznania każdemu pacjentowi lub uczestnikowi eksperymentu prawa do dokonywania samodzielnych (autonomicznych) wyborów w sprawach zdrowia i/lub proponowanych interwencji medycznych. Możliwość dokonywania świadomych wyborów jest jednak uzależniona od ilości i jakości przekazanych informacji, formy, w jakiej się je przekazuje oraz zdolności danej osoby do przyswojenia otrzymanej wiedzy.

Zgoda pacjenta nie może zatem sprostować się jedynie do uzyskania podpisu na formularzu zgody lub w historii choroby. Uzyskiwanie zgody to proces, w którym lekarz w sposób przystępny, rzetelny i wolny od manipulacji powinien udzielić informacji o zamierzonej

interwencji medycznej, tak aby pacjent w pełni świadom konsekwencji swojej decyzji mógł ją dobrowolnie wyrazić. Zgodę należy uzyskać przed planowaną interwencją medyczną.

W trakcie komunikowania się lekarza z pacjentem do obowiązków lekarza należy poinformowanie go o:

- rozpoznaniu choroby (diagnozie), (jeśli jest znane),
- sposobie oraz przyczynie proponowanej interwencji medycznej,
- ryzyku i korzyściach z nią związanych,
- możliwych innych sposobach działania,
- ryzyku i korzyściach innych działań,
- ryzyku i korzyściach niewyrażenia zgody na jakąkolwiek interwencję.

Lekarz powinien używać potocznego, łatwego do zrozumienia dla każdej osoby języka oraz umożliwić pacjentowi zadawanie pytań i udzielać na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Duża część oskarżeń kierowanych pod adresem lekarzy wynika z braku właści-

wej komunikacji między lekarzem a pacjentem. Istotnym problemem może być brak fachowej wiedzy na temat ryzyka danej interwencji oraz możliwych powikłań. Polskie podręczniki medyczne nie zawsze zawierają takie dane. Błędem jest także obciążanie procedurą uzyskiwania zgody młodszych, niedoświadczonych kolegów lub też lekarzy nie mających specjalizacji zawodowej w dziedzinie, której dotyczy interwencja (np. odbieranie zgody na zabieg operacyjny przez lekarza internistę). Niektórzy lekarze nie mówią pacjentom o najpoważniejszych, ale bardzo rzadkich powikłaniach. Lepiej jednak poinformować o wszystkich możliwych szkodach, zwłaszcza tych najpoważniejszych. Pacjent, któremu proponujemy diagnostyczną próbę wysiłkową EKG czy badanie koronarograficzne, musi wiedzieć, że sporadycznie kończą się one śmiercią.

Na lekarzu ciąży także obowiązek oceny czy osoba, od której zamierza uzyskać świadomą zgodę jest zdolna do podjęcia takiej decyzji. Warto w tym miejscu odróżnić dwa pojęcia: kompetencję prawną od kompetencji faktycznej. O tym czy ktoś posiada kompetencję prawną decydują przepisy polskiego prawa oraz sądy. Kompetencję prawną mają jedynie osoby pełnoletnie i takie, które nie zostały przez sąd ubezwłasnowolnione. Natomiast kompetencję faktyczną posiadają jedynie te osoby, które są w stanie zrozumieć i ocenić przekazane informacje oraz samodzielnie podjąć decyzję. Środki odurzające, stres, depresja mogą okresowo ograniczać faktyczną kompetencję pacjenta. Odbieranie świadomej zgody od osoby nie posiadającej kompetencji faktycznej jest błędem.

Ważna jest także forma w jakiej udzielona jest zgoda. W przypadku

każdej interwencji stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta powinna być wyrażona na piśmie. W przypadku osób niezdolnych do podpisania formularza zgoda może być wyrażona ustnie, ale w obecności dwóch świadków. Udokumentowanie ustnej zgody powinno nastąpić w formie pisemnej. Lepiej, by świadkiem nie był nikt z personelu medycznego, a szczególnie lekarz, który informował pacjenta i odbierał jego zgodę. Świadczyli także muszą podpisać się w historii choroby lub na formularzu zgody opatrzonym datą. Europejska Konwencja Bioetyczna zakazuje prowadzenia interwencji medycznych bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddawanej. Kodeks Etyki Lekarskiej stanowi, że postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta (art. 15). Określa także zasady postępowania w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy pacjent nie posiada kompetencji do wyrażenia zgody. Inne artykuły zobowiązują lekarza do uzyskania zgody pacjenta na zwolnienie z tajemnicy lekarskiej (art. 25), regulują kwestie zgody na pobieranie komórek, tkanek i narządów od żyjących dawców (art. 36 i 37), określają zasady uzyskiwania zgody na udział w eksperymencie medycznym (art. 43 i 44), zobowiązują lekarza do uzyskiwania zgody od pacjenta na udział w demonstracjach dydaktycznych lub naukowych (art. 51) czy też uzyskania zgody na badania genetyczne (art. 51h).

Obowiązek uzyskiwania przez lekarzy zgody pacjenta jest nie tylko wymogiem etycznym, ale także przepisem prawnym, za którego nieprzestrzeganie grozi kara. Wykonywanie jakiegokolwiek zabiegu medycznego bez zgody pacjenta jest przestępstwem z kategorii przestępstw przeciwko wolności.

Pięć krytycznych konkluzji

jako forma tzw. testamentu życia. Z perspektywy przywołanych orzeczeń sądów wprowadzenie prawa do odmowy wąsko rozumianej uporczywej terapii jest – eufemistycznie rzecz wyrażając – nieprzystającą do prawnych standardów krajów demokratycznych konstrukcją, niedopuszczalnie ograniczającą zasadę poszanowania autonomii pacjenta.

Podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża umieranie jest, według mnie, działaniem zmierzającym do leczenia śmierci,

jak ze smutkiem konstatawał nestor polskiej medycyny Kornel Gibiński. W Anglii ustawa *Mental Capacity Act* wprowadziła instytucję oświadczeń woli zezwalających od października 2007 r. na odmowę leczenia. Dyrektywy *pro futuro* odmawiające terapii są jednym z rodzajów oświadczeń woli „prawnie wiążących” i stanowią wyłącznie zastosowanie negatywnego aspektu zasady poszanowania autonomii. Dorosła kompetentna osoba *może odrzucić leczenie z każdego powodu, nawet jeśli to może prowadzić do jej śmierci*. Natomiast nikt nie jest uprawniony do żądania procedur, które w opinii lekarzy nie leżą w najlepiej pojętym interesie podopiecznego.

Kolejnym przykładem jest broszura „Pięć życzeń” wydana przez amerykańską

organizację *Aging with Dignity* założoną w 1996 r. W dokumencie wymienione są trzy okoliczności, w których pacjent może odrzucić leczenie ratujące życie, łącznie z przerwaniem terapii już wdrożonej, albo wyrazić życzenie jego podjęcia. Są to: sytuacja bliskości śmierci, śpiączka nierokująca poprawy oraz nieodwracalne ciężkie uszkodzenia mózgu. Pouczająca w kontekście prowadzonych analiz jest sytuacja czwarta – inne okoliczności, w których pacjent spisujący życzenia nie chce być utrzymywany przy życiu.

W porównaniu z przykładowo omówionymi dokumentami polską propozycję testamentu życia należy uznać za wysoce anachroniczną i tak dalece ostrożną, że aż zaprzeczającą idei oświadczeń *pro futuro*. Ewentualne zaaprobowanie przez

parlament podanej w ustawie instytucji daremnego leczenia byłoby nadmiernym ograniczeniem (negatywnej strony) zasady poszanowania autonomii pacjenta, nie znajdującym usprawiedliwienia na gruncie obowiązujących w demokracji prawa i bioetyki. Byłoby też wprowadzeniem skrajnie rygorystycznej formy regulacji konfesyjnych do ogólnie obowiązującego prawa stanowionego, sprzecznym ze standardami demokratycznego i neutralnego światopoglądowo państwa prawa. Nie dałoby lekarzom *mocniejszej podstawy do przeciwstawiania się żądaniom i naciśkom*. Przeciwnie, przez swoją zbytnią ostrożność i zachowawczość, skłaniałoby do podejmowania zasygnalizowanych na wstępie *pozornych resuscytacji*. Umocniłoby i tak już silne w naszym kraju

zrównywanie odmowy leczenia z eutanazją. Jeszcze bardziej nasiliłoby moralnie szkodliwą i ekonomicznie dewastującą tendencję do *leczenia śmierci*. Eutanatyczna psychoza żywiąca się *argumentem z doktora Mengele* nieuchronnie prowadzi do wymienionych negatywnych skutków i niepotrzebnie zwiększa możliwe do uniknięcia cierpienia chorych. Moralną szkodliwość takiej postawy dobrze ujął Paul Ramsey, jeden z „ojców założycieli” bioetyki, pisząc: *Podobnie jak lekceważeniem chorych byłoby traktowanie ich tak, jak gdyby mieli umrzeć, tak innym rodzajem lekceważenia byłoby traktowanie umierających tak, jak gdyby mieli lub mogli wyzdrowieć*.

Kazimierz Szewczyk

Powikłania zabiegu diagnostycznego – czy pacjent musi o nich wiedzieć?



Lekarski obowiązek informowania pacjenta, a co za tym idzie, możliwość wyrażenia przez pacjenta świadomej (poinformowanej) zgody, wyznaczają granice autonomii chorego w procesie leczenia. Dzięki informacjom otrzymanym w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych chory może świadomie uczestniczyć w procesie leczniczym podejmując decyzje dotyczące wykonania lub rezygnacji z poszczególnych czynności leczniczych.

Zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. (tj. 2008 r., nr 136, poz. 857, ze zm. – dalej UoZL) *lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Należy podkreślić, że lekarski obowiązek udzielania informacji na temat następstw i powikłań dotyczy nie tylko zabiegów operacyjnych, ale także inwazyjnych procedur diagnostycznych oraz czynności diagnostycznych nie stwarzających*

podwyższonego ryzyka dla życia lub zdrowia chorego.

W kwestii obowiązku lekarza udzielania informacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym wypowiadały się wielokrotnie sądy. Warto podkreślić, że linia orzecznicza z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych różni się znacznie od obecnego stanowiska judykatury.

W orzeczeniu z 28 sierpnia 1973 r. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że lekarz nie ma obowiązku przekazywania pacjentowi informacji dotyczących wszelkich mogących wystąpić komplikacji, a zwłaszcza tych, które zdarzają się niezmiernie rzadko (Orzeczenie SN z 28.08.1973 r., ICR 441/73, OSN 1974 r., nr 7-8, poz. 131). Z kolei w orzeczeniu z 11 stycznia 1974 r. Sąd Najwyższy stwierdził, że informując pacjenta o mogących wystąpić komplikacjach lekarz musi brać pod uwagę, czy wykonywany jest zabieg mający na celu poprawę zdrowia czy zabieg ratujący życie. W opinii sądu lekarz nie powinien udzielać informacji na temat komplikacji, które wpływając na psychikę pacjenta przyczyniłyby się do zwiększenia ryzyka zabiegu (Orzeczenie SN z 11.1.1974 r., II CR 732/73, OSP 1975 r., nr 1, poz. 6.). W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy podkreślił, że ze względu na samopoczucie i zdrowie pacjenta lekarz nie powinien zapoznawać go z nietypowymi następstwami nie objętymi normalnym ryzykiem podejmowanego zabiegu, które mogą wystąpić wyłącznie w szczególnych przypadkach (Orzeczenie SN

z 20.11.1979 r., IV CR 389/79, OSNC 1980 r., nr 4, po. 81).

Obecnie doktryna i judykatura podchodzi do zakresu informacji dotyczącej dających się przewidzieć następstw w sposób zupełnie odmienny. Aktualnie informacja przekazywana przez lekarza nie może być różnicowana w zależności od rodzaju planowanej czynności leczniczej. Nie ma więc znaczenia, czy ma zostać wykonany zabieg ratujący życie, zabieg planowany czy też czynność diagnostyczna. W każdym przypadku lekarz jest zobowiązany do udzielenia pacjentowi rzetelnej i pełnej informacji na temat następstw i powikłań planowanej czynności leczniczej.

Na szczególną uwagę zasługuje obowiązek lekarza udzielenia informacji na temat następstw i powikłań czynności diagnostycznych. Brak informacji w tym zakresie naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności odszkodowawczej w związku z podjęciem czynności leczniczych na podstawie wadliwej zgody pacjenta. Zgodą wadliwą jest m.in. zgoda nieświadoma, czyli wyrażona bez powzięcia przez chorego informacji określonej w art. 31 UoZL. **Kluczowym orzeczeniem odnoszącym się do kwestii wyrażenia przez chorego świadomej zgody jest wyrok Sądu Najwyższego z 31 marca 2006 r. W opinii sądu zabieg medyczny wykonany bez świadomej zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wtedy, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy (sygn. I ACa 973.06).**

Poniżej, w oparciu o aktualne orzecznictwo sądów, zostały przedstawione przykłady odpowiedzialności odszkodowawczej lekarzy za brak informacji na temat następstw i powikłań czynności diagnostycznych.

W orzeczeniu z 10 stycznia 2007 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie położył szczególny nacisk na kwestię udzielenia przez pacjentkę „niewadliwej” zgody

i ustalenie, czy chora została prawidłowo poinformowana o wszystkich typowych i często występujących skutkach i powikłaniach zabiegu biopsji nerki. W opinii sądu sam fakt podpisania przez pacjentkę zgody nie jest jednoznaczny z uzyskaniem informacji na temat niekorzystnych skutków zabiegu. Niewywiązanie się lekarza z obowiązku poinformowania pacjentki o powikłaniach czynności diagnostycznej jest podstawą odpowiedzialności odszkodowawczej wobec pacjenta.

Z kolei w orzeczeniu z 2 października 2003 r. Sąd Apelacyjny w Lublinie orzekł, że bezprawne i zawinione jest niepoinformowanie pacjenta o powikłaniach mogących wystąpić w wyniku przeprowadzenia zabiegu gastrokopii. Brak informacji na temat ewentualnych powikłań i ryzyka był celowy, albowiem lekarz zdawał sobie sprawę, że jeśli udzieli chorej wyczerpującej informacji, nie wyrazi ona zgody na zabieg. Pacjentka nie została również poinformowana o „technicznej” stronie zabiegu, któremu miała się poddać – nie wyjaśniono jej, na czym będzie polegać badanie i jaki jest techniczny sposób jego przeprowadzenia. W wyniku prze-

prowadzonego zabiegu pacjentka doznała perforacji przełyku, co skutkowało poddaniem jej zabiegowi operacyjnemu. W świetle zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd Okręgowy stwierdził, że zabieg gastrokopii został przeprowadzony bez świadomej zgody powódki, gdyż nie uzyskała ona informacji na temat rzadkiego, aczkolwiek typowego powikłania, jakim może się zakończyć zabieg gastrokopii. W opinii sądu niewywiązanie się przez lekarza z obowiązku informacji uzasadnia odpowiedzialność odszkodowawczą wobec pacjenta.

Kolejnym przykładem odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza za brak informacji na temat następstw i powikłań czynności diagnostycznej jest orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie (sygn. I ACa 846/07). W niniejszej sprawie lekarz przeprowadzający badanie kręgosłupa z wykorzystaniem jako kontrastu roztworu błękitu metylenowego udzielił pacjentce informacji wyłącznie na temat samej procedury. Chora nie uzyskała natomiast informacji na temat ryzyka wykonania czynności diagnostycznej, w związku z czym nie mogła wyrazić świadomej zgody na

wykonanie badania. W wyniku przeprowadzonego zabiegu 43-letnia kobieta została sparaliżowana od klatki piersiowej w dół. Sąd Okręgowy zasądził na rzecz pacjentki 30 tys. zł odszkodowania, 200 tys. zł skapitalizowanej renty i 300 tys. zł zadośćuczynienia za doznane cierpienia oraz odsetki (od 1993 r.), co dało łączną kwotę 1, 5 mln zł. Sąd Apelacyjny utrzymał wysokość kwot podstawowych, zmniejszając jedynie odsetki do kwoty 450 tys. zł.

Zgodnie z aktualną linią orzecznictwa wina lekarza przeprowadzającego zabieg „inwazyjny” wymagający zgody pacjenta może polegać na wykonaniu go niezgodnie z zasadami sztuki lekarskiej lub też przeprowadzeniu go bez uzyskania świadomej zgody chorego po rzetelnym poinformowaniu o „technicznej” stronie zabiegu i ewentualnym ryzyku jego przeprowadzenia.

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

REKLAMA

REKLAMA

NAGRODA NAUKOWA IM. PROF. JANUSZA JELJASZEWICZA

W roku 1998 profesor Janusz Jeljaszewicz (1930-2001), jako przewodniczący Grupy Konsultacyjnej ds. Leków Przeciwdrobnoustrojowych Sekcji Chemioterapii PTL wystąpił z inicjatywą wydania polskich wytycznych antybiotykoterapii ambulatoryjnej.

Jako podstawę merytoryczną I wersji „Przewodnika antybiotykoterapii” przyjęto wytyczne kanadyjskie. W tłumaczeniu tekstu udział brali: prof. Danuta Dzierżanowska, prof. Piotr Heczko, prof. Mirosław Łuczak, dr Andrzej Młynarczyk, prof. Bruno Szczygieł oraz dr Teresa Zalewska. Pierwsze wydanie „Przewodnika antybiotykoterapii” ukazało się w roku 1998. Kolejne wydania, redagowane przez prof. Janusza Jeljaszewicza i prof. Danutę Dzierżanowską, ukazywały się w latach 1999-2002. Chcąc uhonorować pamięć inicjatora i pomysłodawcy wydania „Przewodnika antybiotykoterapii” ustanowiono Nagrodę Naukową im. prof. Janusza Jeljaszewicza. Nagroda ma formę jednorazowej wypłaty kwoty 5000 zł i jest przyznawana cyklicznie w latach kolejnych wydań „Przewodnika antybiotykoterapii”.

Nagrodę może otrzymać lekarz medycyny, magister biologii lub absolwent kierunków pokrewnych, będący autorem pracy doktorskiej, rozprawy habilitacyjnej lub innej pracy naukowej z zakresu chemioterapii i mikrobiologii klinicznej. Kandydatów do Nagrody (wraz z kopią pracy) prosimy zgłaszać listem poleconym pod adresem: Wydawnictwo Medyczne α-medica press, ul. Cygański Las 11, 43-309 Bielsko-Biała. Fundatorzy Nagrody zastrzegają sobie prawo do ostatecznej decyzji o przyznaniu i ewentualnym rozdzieleniu Nagrody.

Anna Dąbrowska-Jeljaszewicz,
Danuta Dzierżanowska, Jan Wilam

Dotychczasowi laureaci:

- **2002 r.** – dr **Jacek Międzobrodzki** z Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie za pracę habilitacyjną „Aktywność biologiczna proteiny serynowej *Staphylococcus aureus* w zakażeniu i modulacji funkcji komórek gospodarza”
- **2003 r.** – dr n. przyr. **Marek Gniadkowski** z Zakładu Mikrobiologii Molekularnej Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego za pracę „Ewolucja i epidemiologia szczepów pałeczek z rodziny *Enterobacteriaceae* wytwarzających b-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym (ESBL) w Polsce”
- **2004 r.** – mgr **Łukasz Naumiuk** z Zakładu Mikrobiologii Klinicznej SPSP1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku za pracę „*Serratia marcescens* – studium epidemiologiczne z wykorzystaniem metod fenotypowych i genotypowych”
- **2005 r.** – dr n. med. **Boniata Durnaś** z Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach za pracę doktorską „Znaczenie wykrywania metacylinoopornych gronkowców techniką przesiewową w ograniczaniu nosicielstwa i zakażeń wywołanych przez ten drobnoustroj”
- **2006 r.** – dr n. med. **Aleksandra Anna Zasada** z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie za pracę doktorską w dziedzinie biologii medycznej „Ocena przydatności wybranych chromosomalnych markerów do identyfikacji *Bacillus anthracis*”
- **2007 r.** – dr n. biol. **Małgorzata Słopińska** z Zakładu Mikrobiologii Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii w Warszawie za pracę doktorską „Wykrywanie genotypowych wyznaczników patogenności izolatów *Pseudomonas aeruginosa* o fenotypie cytotoksycznym lub inwazyjnym”
- **2008 r.** – dr hab. n. med. **Marta Wróblewska** z Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za rozprawę habilitacyjną pt. „Znaczenie bakterii z rodzaju *Acinetobacter* u hospitalizowanych pacjentów, z uwzględnieniem typowania molekularnego szczepów i wytwarzania biofilmu”

Przywileje

Krzysztof Tuszyński



foto: Marek Stankiewicz

W marcowym numerze „Gazety” przedstawiłem ulgi podatkowe (Krzysztof Tuszyński „Seniorzy. Swego nie znacie”, „GL” nr 3/2009). Poniżej piszę o niektórych przywilejach, na wstępie przypominając, że zawsze ważne jest uzyskanie odpowiednich dokumentów.

Właściwy do rozpatrzenia wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności przeprowadza postępowanie, w wyniku którego wydaje orzeczenie zaliczające osobę do jednego ze stopni niepełnosprawności lub w przypadku dziecka do osób niepełnosprawnych (bez nadawania stopnia).

Orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności jest dokumentem nadającym osobie status niepełnosprawności i stanowi podstawę do korzystania z ulg i przywilejów przysługujących osobom niepełnosprawnym na podstawie ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych ustaw i przepisów wykonawczych do tych ustaw, określających uprawnienia osób niepełnosprawnych.

Stopnie niepełnosprawności

W postępowaniu o zaliczenie do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności obowiązuje dwuinstancyjność.

Pierwszą instancją jest powołany przez starostę powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności usytuowany przy powiatowym centrum pomocy rodzinie, o czym przesądza ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Drugą instancją (odwoławczą) w zakresie orzekania o stopniu niepełnosprawności jest wojewódzki zespół ds. orzekania o niepełnosprawności powoływany przez wojewodę.

Wojewódzki zespół rozpatruje odwołania od orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych w pierwszej instancji. Osoba, która uzyskała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i jest niezadowolona z treści tego orzeczenia, składa odwołanie do wojewódzkiego zespołu orzekającego za pośrednictwem powiatowego zespołu, który orzeczenie wydał.

Decyzja wojewódzkiego zespołu o ustaleniu stopnia niepełnosprawności jest ostateczna.

Ponadto osoba zainteresowana może wykorzystać drogę sądową i zaskarżyć orzeczenie wojewódzkiego zespołu do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Postępowanie sądowe w sprawach orzekania o stopniu niepełnosprawności jest wolne od opłat sądowych.

Osoba zainteresowana jest zawiadamiana przez zespół o terminie posiedzenia zespołu na co najmniej 14 dni przed posiedzeniem z pouczeniem o obowiązkowym stawiennictwie.

Jeśli osoba zainteresowana nie może wziąć udziału w posiedzeniu zespołu ze względu na długotrwałą chorobę, poświadczoną zaświadczeniem lekarskim, uniemożliwiającą przybycie na posiedzenie, przewodniczący zespołu kieruje do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby lekarza, który dokona oceny jej stanu zdrowia.

W tym przypadku posiedzenie zespołu przebiega bez udziału osoby zainteresowanej. Dwukrotna, nie usprawiedliwiona nieobecność osoby zainteresowanej na posiedzeniu, mimo wezwań do uczestnictwa, powoduje, że przewodniczący zespołu zawiadamiają o odstąpieniu od rozpatrzenia wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

W wyniku przeprowadzonego postępowania powiatowy zespół orzekający wydaje orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności.

Orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności jest prawnym dokumentem potwierdzającym niepełnosprawność, spełniającym wymagania formalne, jakie stawia się osobom w celu korzystania z ulg i uprawnień stwarzanych tej zbiorowości w ramach polityki społecznej państwa kierowanej do osób niepełnosprawnych.

Do znacznego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej lub częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.

Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Osobie zaliczonej do **znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługują dodatkowo urlop wypoczynkowy** w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Wykluczone jest stosowanie wobec pracownika niepełnosprawnego systemów czasu pracy, w których dobowy lub tygodniowy wymiar czasu pracy jest dłuższy (np. tzw. równoważny czas pracy).

Taki wymiar czasu pracy obowiązuje od następnego dnia po dniu przedstawienia pracodawcy orzeczenia o niepełnosprawności. Ilekroć w przepisach jest mowa o osobach zaliczonych do:

- 1) **I grupy inwalidztwa** – należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono:
 - całkowitą niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji albo
 - znaczny stopień niepełnosprawności,
- 2) **II grupy inwalidztwa** – należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono:
 - całkowitą niezdolność do pracy albo
 - umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Szczególne przywileje

Osoby niepełnosprawne niezależnie od praw i ulg o charakterze powszechnym korzystają także ze szczególnych przywilejów, i to w różnych aspektach życia. Celem ich jest przede wszystkim zapewnienie tym osobom równych szans w życiu zawodowym i społecznym. Dlatego wyartykułowana w *Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych* zasada niedyskryminacji oraz prawo do samodzielnego i aktywnego życia osób, których sprawność fizyczna lub psychiczna utrudnia lub uniemożliwia naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, ma nie tylko aspekt społeczny, ale przede wszystkim ma niwelować rzeczywiste bariery, jakie w codziennym życiu napotykają osoby mające status niepełnosprawnych.

Niepełnosprawność jest zatem tytułem do korzystania z licznych ulg i preferencji, a ochrona w tym zakresie znalazła swój wyraz zarówno w przepisach prawnych dotyczących tej grupy osób, jak i w licznych regulacjach z różnych dziedzin prawa.

Na podstawie odrębnych przepisów osoby niepełnosprawne mogą korzystać np. z:

- ulg komunikacyjnych,
- ulg pocztowo-telekomunikacyjnych,
- świadczeń pomocy społecznej,
- dodatków pielęgnacyjnych, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Osoby niepełnosprawne mogą starać się o dofinansowanie zakupu urządzeń ułatwiających komunikowanie się oraz o dofinansowanie do sprzętów i prac przystosowujących ich mieszkania i domy do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.

Wnioski o dofinansowanie przyjmują **powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR)** właściwe dla miejsca zamieszkania wnioskodawcy. PCPR informują szczegółowo o danych, jakie wniosek powinien zawierać. Do wniosku należy dołączyć:

- kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby składającej wniosek lub osób wspólnie z nią mieszkających,
- udokumentowaną podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym mają nastąpić prace,
- oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób wspólnie z nim mieszkających,
- projekt i kosztorys wstępny planowanych prac lub zakupów,
- w przypadku budowy podjazdu lub pochylni — zgodę właściciela lokalu, np. spółdzielni mieszkaniowej, na zrealizowanie takiej inwestycji.

Dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych i komunikacyjnych można otrzymać raz na 3 lata.

Wnioski o dofinansowanie można składać przez cały rok. PCPR ustalają jednak swoje terminy, warto więc zasięgnąć informacji we własnym powiecie.

PCPR nie pokrywa 100 proc. kosztów zakupu urządzenia lub prac remontowych. Wysokość dofinansowania wynosi dla osób niepełnosprawnych do 80 proc. kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Przeciętne wynagrodzenie jest ustalane co kwartał przez **Główny Urząd Statystyczny** i podawane w „*Monitorze Polskim*”.

WAŻNE! DOFINANSOWANIE NIE OBEJMUJE KOSZTÓW PONIESIONYCH PRZED PRYZNANIEM ŚRODKÓW I ZAWarciem STOSOWNEJ UMOWY.

Osobie niepełnosprawnej, która objęta jest powszechnym ubezpieczeniem społecznym, przysługuje prawo do bezpłatnego (lub za częściową dopłatą własną) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, takie jak np. aparaty ortopedyczne, laski, kule, wózki, materace przeciwoleżynowe, cewniki, okulary, inhalatory, pieluchomajtki.

Pełen wykaz wyrobów medycznych podlegających całkowitej lub częściowej refundacji, a także wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowe kryteria ich przyznawania i okresy użytkowania określa **rozporządzenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2004 r.** (Dz. U. z 2004 r. nr 276, poz. 2739).

Pierwszym krokiem w realizacji zaopatrzenia jest wystawienie przez uprawnionego lekarza wniosku o wydanie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego. Wystawiony wniosek należy potwierdzić w najbliższym oddziale lub punkcie ewidencyjnym Narodowego Funduszu Zdrowia. Następnie z potwierdzonym wnioskiem trzeba się udać do wybranego punktu ortopedycznego, sklepu bądź apteki, które podpisały umowę z NFZ-em o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i tam zrealizować zlecenie.

W przypadku zaopatrzenia w środki pomocnicze o miesięcznym okresie użytkowania, tj. pieluchomajtki, sprzęt stomijny, cewniki, worki i zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych, nie trzeba zgłaszać się każdorazowo po potwierdzenie z NFZ-u. Można natomiast starać się o wydanie „karty miesięcznego zaopatrzenia”, ważnej przez 12 miesięcy od daty wystawienia. Kartę wydaje NFZ. Po jej otrzymaniu wystarcza uzyskiwanie zleceń wystawianych przez lekarza.

WAŻNE! NFZ NIE ZWRÓCI PIENIĘDZY WYDANYCH NA ZAKUP SPRZĘTU LUB ŚRODKA, JEŚLI:

- ZOSTANĄ ONE NABYTE W MIEJSCU, KTÓRE NIE MA PODPISANEJ UMOWY Z FUNDUSZEM,
 - NAJPIERW DOKONAMY ZAKUPU, A POTEM BĘDZIEMY STARALI SIĘ O REFUNDACJĘ.
- Szczegółowe informacje na temat refundowanego sprzętu rehabilitacyjnego dostępne są w wojewódzkich oddziałach NFZ-u.

Jeżeli dany sprzęt nie jest refundowany przez NFZ lub gdy realizacja zaopatrzenia wymaga znacznego udziału własnego, można ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON, pozostających w dyspozycji powiatowych centrów pomocy rodzinie.

O dofinansowaniu decyduje przede wszystkim kryterium dochodowe. W przypadku osoby samotnej jej średni dochód z ostatnich 3 miesięcy przed złożeniem wniosku nie może przekraczać 65 proc. przeciętnego wynagrodzenia, a gdy osoba niepełnosprawna mieszka wspólnie z rodziną – dochód na jednego jej członka nie może być większy niż 50 proc. przeciętnego wynagrodzenia.

Z opłat abonamentowych za korzystanie z odbiorników radiowych i telewizyjnych zwolnione są osoby niepełnosprawne:

- które ukończyły 75 lat,
- posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (dawna I grupa inwalidzka),
- uznane za trwale lub okresowo całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym i dodatkowo przysługujące im dodatek pielęgnacyjny,
- otrzymujące świadczenia pielęgnacyjne lub rentę socjalną,
- niesłyszące – u których stwierdzono całkowitą głuchotę lub obustronne upośledzenie słuchu,
- niedowidzące – gdzie ostrość wzroku nie przekracza 15 proc.,
- inwalidzi wojenni i wojskowi,
- kombatan ci oraz niektóre osoby będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, a ponadto wdowy i wdowcy po kombatanach, pod warunkiem, że sami są emerytami lub rencistami.

W celu uzyskania zwolnienia od opłat za radio i telewizję należy udać się do urzędu pocztowego właściwego dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i przedstawić dokumenty potwierdzające prawo do tego przywileju.

Zwolnienia nie przysługują osobom, które mieszkają we wspólnym gospodar-

dokończenie na str. 32

stwie domowym z co najmniej dwiema osobami, które ukończyły 26 lat i nie spełniają żadnego z wymienionych wyżej warunków.

Placówki pocztowe są zobowiązane wydzielić specjalnie przystosowane i oznakowane stanowiska do obsługi osób niepełnosprawnych i dostosować skrzynki pocztowe do ich potrzeb.

Udogodnienia związane z usługami pocztowymi to m.in.:

- bezpłatne doręczanie listów, paczek i przekazów bezpośrednio do domu osoby niepełnosprawnej,
- przyjmowanie w miejscu zamieszkania prawidłowo opłaconej przesyłki nie będącej przesyłką rejestrowaną (np. listem poleconym).

Do udogodnień tych mają prawo osoby:

- z uszkodzeniem narządu ruchu powodującym konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim,
- niewidome lub ociemniałe.

Zapotrzebowanie na usługę zgłasza się w urzędzie pocztowym właściwym dla miejsca zamieszkania lub u listonosza, który obsługuje rejon.

Dla osób niewidomych lub ociemniałych Poczta Polska przewiduje kilka dodatkowych przywilejów, m.in. całkowite zwolnienie z opłat przesyłek nadanych przez osobę niewidzącą i adresowanych do innej osoby niewidzącej, biblioteki lub organizacji, które działają na rzecz osób z takim rodzajem niepełnosprawności oraz bezpłatne dostarczanie przesyłek adresowanych przez wspomniane instytucje do osób niewidzących.

Zgodnie z przepisami operator usług telekomunikacyjnych jest obowiązany zapewnić osobom niepełnosprawnym dostęp do świadczonej przez siebie usługi powszechnej przez oferowanie:

- urządzeń końcowych przystosowanych do używania przez osoby niepełnosprawne, jeżeli używanie takiego urządzenia jest niezbędne do zapewnienia im dostępu do usługi powszechnej,
- udogodnień ułatwiających osobom niepełnosprawnym korzystanie z usługi powszechnej (tj. wideofony, tekstofony, odpowiednie oznaczenie aparatów publicznych umożliwiające korzystanie z nich osobom słabowidzącym, oznakowanie kart telefonicznych z myślą o niewidomych itp.).

Operator powinien też ustalić cenę usługi powszechnej lub poszczególnych usług wchodzących w jej skład, tak aby uwzględniała możliwości ekonomiczne użytkowników, ze szczególnym uwzględ-

nieniem konsumentów będących osobami niepełnosprawnymi.

Żadna z firm telekomunikacyjnych nie jest prawnie zobligowana do wprowadzenia ulg w opłatach dla osób niepełnosprawnych. Przyznanie tego rodzaju przywilejów zależy od samego operatora.

Niepełnosprawni, którzy ukończyli 16 lat i mają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w związku z chorobą wzroku oraz osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności związanej z zaburzeniami głosu, mowy i chorobami słuchu mogą skorzystać z 50-procentowego rabatu na podłączenie oraz w opłatach za abonament w niektórych proponowanych przez TP SA ofertach.

Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności mają też ulgi PKP i PKS.

Osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności (inwalidzi dawnej I grupy) mają prawo do:

- 49 proc. ulgi na przejazdy w pociągach osobowych PKP i w autobusach PKS w komunikacji zwykłej – na podstawie biletów jednorazowych,
- 37 proc. ulgi na przejazdy w pociągach pospiesznych, ekspresowych, IC i EC (tylko II klasa) oraz w autobusach PKS pośpiesznych i przyśpieszonych – na podstawie biletów jednorazowych. Do ulgi uprawnia:
- wypis z treści orzeczenia komisji lekarskiej ds. inwalidztwa i zatrudnienia stwierdzający zaliczenie do I grupy inwalidów,
- wypis z treści orzeczenia: wojskowej komisji lekarskiej, komisji lekarskiej podległej MSWiA albo szefowi ABW stwierdzający zaliczenie do I grupy inwalidztwa,
- wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej ZUS stwierdzający całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- wypis z treści orzeczenia lekarza rzeczoznawcy lub komisji lekarskiej KRUS stwierdzający niezdolność do samodzielnej egzystencji,
- zaświadczenie ZUS-u lub KRUS-u stwierdzające zaliczenie wyrokiem sądu do I grupy inwalidów bądź uznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- legitymacja emeryta-rencisty wojskowego z wpisem o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa,
- legitymacja emeryta-rencisty policyjnego wydana przez właściwy organ emerytalno-rentowy podległy ministrowi spraw wewnętrznych i administracji lub ministrowi sprawiedliwości z wpisem o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa,

- legitymacja osoby niepełnosprawnej stwierdzająca znaczny stopień niepełnosprawności, wystawiona przez uprawniony organ.

Wszystkie powyższe dokumenty, z wyjątkiem legitymacji emeryta-rencisty wojskowego oraz legitymacji osoby niepełnosprawnej, okazuje się razem z dowodem osobistym lub innym dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby uprawnionej.

Osoby niewidome lub ociemniałe z orzeczoną całkowitą niezdolnością do pracy posiadają uprawnienie do ulgi 37-procentowej w II klasie pociągów PKP i w autobusach PKS – na podstawie biletów jednorazowych lub miesięcznych imiennych.

Do ulgi uprawnia dokument stwierdzający inwalidztwo, niezdolność do pracy albo niepełnosprawność z powodu stanu narządu wzroku (np. wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS-u lub legitymacja osoby niepełnosprawnej).

Opiekun towarzyszący w podróży osobie o znacznym stopniu niepełnosprawności (niezdolnej do samodzielnej egzystencji, inwalidzie I grupy) oraz przewodnik towarzyszący w podróży osobie ociemniałej lub niewidomej (także pies przewodnik) na podstawie jednego z dokumentów podopiecznego oraz biletów jednorazowych ma prawo do 95-procentowej ulgi w pociągach PKP i autobusach PKS. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do:

- 37 proc. ulgi przy przejazdach środkami publicznego transportu kolejowego (PKP) w I i II klasie pociągów oraz autobusowego (PKS) w komunikacji zwykłej, przyśpieszonej i pośpiesznej – na podstawie biletów jednorazowych,
- 78 proc. ulgi – w przypadku inwalidów I grupy.

Przewodnikowi towarzyszącemu w podróży inwalidzie wojennemu i wojskowemu zaliczonemu do I grupy inwalidzkiej przysługuje prawo do 95 proc. ulgi na wszystkie wyżej wymienione przejazdy.

Warunkiem korzystania z uprawnień jest posiadanie książeczki inwalidy wojennego-wojskowego z odpowiednim wpisem ZUS-u o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej, o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy albo całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji.

WAŻNE! ULGI W PKP I PKS NIE DOTYCZĄ PRZEJAZDÓW POCIĄGAMI EURO CITY I INTERCITY W KOMUNIKACJI MIĘDZYNARODOWEJ ORAZ PRZEJAZDÓW W KOMUNIKACJI AUTOBUSOWEJ EKSPRESOWEJ.

Karta parkingowa jest dokumentem potwierdzającym uprawnienia kierującego pojazdem do korzystania z miejsc

parkingowych wyznaczonych dla osób niepełnosprawnych (tzw. koperta), a także do niestosowania się do niektórych znaków drogowych:

- zakaz ruchu w obu kierunkach (B-1),
 - zakaz wjazdu pojazdów silnikowych z wyjątkiem motocykli jednośladowych (B-3),
 - zakaz wjazdu autobusów (B-3 a),
 - zakaz wjazdu motocykli (B-4),
 - zakaz wjazdu motorowerów (B-10),
 - zakaz postoju (B-35),
 - zakaz postoju w dni nieparzyste (B-37),
 - zakaz postoju w dni parzyste (B-38),
 - strefa ograniczonego postoju (B-39).
- Przepisy te dotyczą:
- osób niepełnosprawnych o obniżonej sprawności ruchowej, kierujących pojazdem samochodowym,
 - kierowców przewożących osoby o obniżonej sprawności ruchowej,
 - pracowników placówek zajmujących się opieką, rehabilitacją lub edukacją niepełnosprawnych pozostających pod opieką tych placówek.

Kartę parkingową wydaje starosta. Można ją uzyskać na podstawie:

- orzeczenia o zaliczeniu do znacznego, umiarkowanego lub lekkiego stopnia niepełnosprawności (w przypadku lekkiego stopnia – przyczyna niepełnosprawności z kodu R lub N), wydanego przez zespół ds. orzekania o niepełnosprawności albo
- orzeczenia równoważnego na mocy przepisów szczególnych z orzeczeniami o niepełnosprawności, wydanego przez organy rentowe (ZUS, KRUS i dawne orzeczenia KIZ – grupy inwalidzkie).

Przedstawiony duży zakres ulg i przywilejów dla osób niepełnosprawnych powinien zachęcać do korzystania z nich. Każdy, kto np. choruje przewlekłe, może uzyskać w ten sposób dużą pomoc finansową – ale musi zbierać faktury z aptek przez cały rok, a następnie wypełnić PIT O i złożyć w urzędzie skarbowym. Zawsze trzeba zbierać faktury – aby w marcu lub w kwietniu następnego roku składać PIT O.

Bardzo mało znane jest korzystanie z ulg przez osoby przebywające w DPS-ach (domy pomocy społecznej lub innych placówkach opiekuńczych i rehabilitacyjno-leczniczych). W powyższych placówkach można w grudniu każdego roku żądać faktury (potwierdzającej wielkość zabranych przez DPS środków z comiesięcznej renty lub emerytury), aby ująć ją w PIT O w celu zwrotu nadpłaconego podatku.

Przykro powiedzieć, że nawet wśród lekarzy jest to bardzo mało znane zagadnienie.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym

zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Zaliczenie do znacznego albo umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie wyklucza możliwości zatrudnienia tej osoby przez pracodawcę nie zapewniającego warunków pracy chronionej, w przypadku uzyskania pozytywnej opinii Państwowej Inspekcji Pracy o przystosowaniu przez pracodawcę stanowiska pracy do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Osoby posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów bądź niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i orzeczenia o niezdolności do pracy mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności dla celów korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (ZUS, KRUS), a także o wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej – bez stawiania przed zespołem orzekającym

Ulg wynikające z ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. nr 123, poz. 776).

Ustawa dotyczy osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem:

- o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
 - o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów lub
 - o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia, zwanych dalej „osobami niepełnosprawnymi”.
- Niektóre z tych uprawnień przy zatrudnianiu:

- czas pracy osoby zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności **nie może przekraczać 7 godz. na dobę i 35 godz. tygodniowo**,
- osoba niepełnosprawna **nie może być zatrudniona w porze nocnej i godzinach nadliczbowych** (nie dotyczy to osób zatrudnionych przy pilnowaniu),
- osoba niepełnosprawna ma prawo **do 30-minutowej przerwy w pracy, wliczanej do czasu pracy**, na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek; czas tej przerwy wlicza się do wynagradzanego czasu pracy,
- osobie zaliczonej **do znacznego lub umiarkowanego** stopnia niepełnosprawności przysługuje **dodatkowy urlop wypoczynkowy** w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Krzysztof Tuszyński
wiceprzew. Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Solidarność w biedzie

Zygmunt Wiśniewski

Szczepan Wacek, lekarz okulista, był od zakończenia wojny 1939 r. do wybuchu Powstania Warszawskiego kierownikiem przychodni przy Szpitalu Ujazdowskim. W przychodni przyszpitalnej spotykał się z ludźmi, którzy w tej twierdzy i ostoi polskiej medycyny szukali pierwszej pomocy. Zapamiętał te lata jako czas życzliwych i pomocnych lekarzy, a także jako czas ofiarnej pomocy społeczeństwa.

W czerwcu 1940 r. zadzwonił do mnie płk Strehl i poprosił, bym postarał się o kilkaset złotych na opłacenie leczenia chorych, gdyż będzie musiał za kilka dni wypisać ich ze szpitala. Niezwłocznie udałem się do swego przyjaciela, dra Mroczkowskiego, i zapytałem, czy mógłby mi pomóc. Już następnego dnia dr Mroczkowski zorganizował spotkanie z pracownikiem miejskiej rzeźni, Śledziwskim, który zaprosił mnie do rzeźni. Chodząc ze mną od pokoju do pokoju prosił o ofiarę dla rannych i żołnierzy przebywających w Szpitalu Ujazdowskim. Do mego kapelusza sypały się datki i po kwadransie miałem już około 1200 zł. Poproszono mnie, bym stale odwiedzał pracowników rzeźni na początku miesiąca, co czyniłem aż do Powstania. Suma, którą otrzymałem, była duża, jeśli się zważy, że opłata w szpitalu wynosiła 11 czy 12 zł dziennie.

Następne przykłady:

Dużą pomoc finansową otrzymaliśmy od prof. dra Stanisława Krauzego z Państwowego Instytutu Higieny, który dowiedział się o mojej akcji i zaczął nakładać „kary” na producentów złych towarów żywnościowych z poleceniem przekazywania ich do moich rąk. Najniższa kara wynosiła 10 000 zł, a otrzymane kwoty dochodziły do wysokości 50 000 zł. Kary wypłacano co miesiąc aż do Powstania.

Pewnego dnia zgłosił się do mnie jakiś chłop i prosił o przyjęcie ośmiu worków maki, które ofiarowała jego wieś dla polskich żołnierzy. Innym razem delegat wsi z okolic Kutna prosił o skierowanie do wsi ośmiu inwalidów, którym mieszkańcy zapewniaли całkowite utrzymanie do końca wojny. Z kolei delegat wsi kieleckiej prosił o skierowanie do wsi nauczyciela, któremu zapewnia utrzymanie do końca wojny w zamian za uczenie dzieci.

Szpital Ujazdowski nie odmawiał nikomu pomocy. Na Ujazdowie nie pytano, kim jesteś, tylko czego potrzebujesz.

Oto kolejne świadectwo doktora Wacka:

Zgłaszali się do nas ludzie w najrozmaitszych sprawach. A więc przede wszystkim przychodzili żołnierze, podoficerowie i oficerowie, szukający porady lekarskiej, materialnej lub chociażby dobrego słowa, otuchy, nadziei na lepszą przyszłość, potwierdzenia oczekiwanego zwycięstwa koalicji antyhitlerowskiej. Przychodziły liczne rodziny wojskowych, rodziny zabitych, zaginionych, przebywających w niewoli lub w obozach koncentracyjnych. Odwiedzali nas też poszukujący ubrania i obuwia, zagrożeni eksmisją, obawiający się wywiezienia na roboty do Niemiec, poszukujący pracy, poparcia moralnego i protekcji w urzędach albo też możliwości wyżalenia się na ciężki los, na prześladowania niemieckie. Pomagaliśmy w miarę naszych skromnych możliwości.

Szczepan Wacek był lekarzem, ordynował jako okulista, ale sytuacja i ludzkie kłopoty zmuszały go do występowania w charakterze pomocy społecznej.

Korzystając z pieczętki ambulatorium i lekarskiej pisał do władz administracyjnych prośby niemal w każdej sprawie: o przyznanie prawa do prowadzenia budki z papierosami, o pozwolenie na założenie sklepiku, o odroczenie eksmisji, zwolnienie od podatku, o przydział mieszkania, obuwia, ubrania, wystawiał świadectwa o stanie zdrowia osób starających się o zwolnienie członków rodziny wywiezionych do obozu lub zwolnienie męża z niewoli.



Tak się uatarło, że do szpitala i do ambulatorium można było przyjść w każdej sprawie. I było też na odwrót – to marka Szpitala Ujazdowskiego otwierała niemal każde drzwi.

Kiedyś poszedłem do dyrektora biura przydzielającego węgiel, które mieściło się w Alejach Ujazdowskich, i wyjaśniłem mu swoją prośbę o sprzedaż pół tony węgla dla pewnej rodziny z dwójkiem dzieci marznącym w zupełnie nieogrzewanym mieszkaniu. Powiedziałem dyrektorowi, że nie mam kuponu na węgiel. Ten zaś, dowiedziawszy się, że jestem ze Szpitala Ujazdowskiego, polecił wystawić zlecenie na potrzebną ilość węgla bezpłatnie.



Dr Szczepan Wacek

Ukochany „Ujazdów” – napisze po latach Szczepan Wacek przebywający z dala od tego niezwykłego miejsca – widzę go jako związek ludzi, którzy tworzyli ośrodek walki o przetrwanie.

*

Szczepan Wacek wyrósł z Ujazdowa. W mieszczącej się tu Szkole Podchorążych Sanitarnych spędził czas studiów medycznych na UW i otrzymał stopień oficerski. Podchorążówce zawdzięcza to, kim był w całym swoim życiu – umiowanie człowieka i umiowanie Polski.

Po przegranej wojnie 1939 r., zwolniony z niemieckiej niewoli, szukał swego miejsca w życiu i znalazł je na Ujazdowie. 2 grudnia 1939 r. zameldo-

wał się u komendanta Szpitala Ujazdowskiego płk. Teofila Kucharskiego, który przyjął go początkowo bardzo chłodno. Ze strony komendanta nie była to niechęć osobista, ale zafrasowanie z powodu nadmiaru lekarzy. Na Ujazdów zgłaszali się lekarze wojskowi z różnych jednostek i z różnych stron kraju, ponieważ stąd, ze Szkoły Podchorążych Sanitarnych wyszli. Miejsce było dla tych, którzy umieli uzasadnić swoją przydatność. Szczepan Wacek dostrzegł zniszczoną przez naloty przychodnię przyszpitalną i zaproponował płk. Kucharskiemu, że ją wyremontuje i uruchomi. Komendant cenił ludzi z inicjatywą i wyraził zgodę na propozycję

Szczepana Wacka. Tym sposobem kapitan lekarz okulista uzyskał nie tylko zatrudnienie, ale stał się także kierownikiem ambulatorium przyszpitalnego. W tej roli będzie uczestniczyć przez cały czas okupacji w życiu Szpitala Ujazdowskiego i z tej perspektywy będzie utrzymywać kontakty z pacjentami, z instytucjami służby zdrowia i warszawską ulicą.

Przychodnia przyszpitalna była placówką, w której wiele się działo, z której blisko było do ludzi, w której kontakty międzyludzkie, rychło kontakty konspiracyjne, nie rzucały się w oczy okupanta. Brama na teren szpitala była strzeżona przez wartowników niemieckich. Do ambulatorium było oddzielne wejście od ul. Górnośląskiej, przy którym nie było warty, istniało też konspiracyjne, znane tylko osobom wtajemniczonym połączenie ze szpitalem. Szczepan Wacek potrafił te zalety swojej placówki wykorzystać. Przejście to okazało się nieocenione w wychodzeniu „na wolność” osób zagrożonych, szczególnie oficerów, których po kuracji szpitalnej i wyzdrowieniu czekał wyjazd do obozów jenieckich. Konspiracyjne przejście – wspominał dr Wacek – oszczędziło wielu żołnierzom cierpień w oflagach i obozach koncentracyjnych.

Szpital Ujazdowski wraz z ambulatorium podlegał na początku okupacji władzom wojskowym, które – zobowiązane do tego konwencją genewską – zapewniały leczonym w nim kombatantom żywność i lekarstwa. W końcu marca

dokończenie na str. 36



Z obiektów dawnego Szpitala Ujazdowskiego pozostał Zamek (odbudowany od podstaw) oraz dwa pawilony; w jednym z nich mieszczą się Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej.

Solidarność w biedzie

dokończenie ze str. 35

1940 r. skończył się obowiązkowy okres patronatu armii i szpital przeszedł pod opiekę Polskiego Czerwonego Krzyża. Nastął trudny czas, ponieważ PCK dysponował ograniczonym budżetem, a pomoc społeczna warszawian była jeszcze w powijkach. Po kilku miesiącach szpital został przejęty przez Zarząd Miejski Warszawy, ale pozostawał placówką kombatancką.

Wówczas – wspominał doktor Wacek – funkcjonowanie ambulatorium zostało poważnie zagrożone, ponieważ niemiecki lekarz kontrolujący sprawy sanitarne zakazał udzielania pomocy lekarskiej osobom nie będącym inwalidami wojennymi. Zabronił też wydawania lekarstw z apteki szpitalnej na recepty wypisywane przez ordynatorów ambulatoryjnych.

Płk dr Leon Strehl, który przejął komendę szpitala po płk. Teofilu Kucharskim, przyjął taktykę niedyskutowania z poleceniami niemieckimi, ale skutecznego ich obchodzenia. W tym celu wydzielił ambulatorium ze szpitala i nadał mu status przychodni prywatnej, a ordynatorów szpitalnych zobowiązał do wpisywania zamówień ambulatoryjnych do oddziałowych zapotrzebowań aptecznych.

Lekarze zatrudnieni w ambulatorium pomyśleli o dalszym losie zgłaszających się po poradę chorych i rannych żołnierzy. Wydawali im zaświadczenia o przebytych w czasie wojny chorobach i odniesionych ranach. Wkrótce przekonali się, że te zaświadczenia są honorowane przez administrację GG, a także przez władze niemieckie. To zachęciło Szczepana Wacka do utworzenia stałej komisji lekarskiej, która w świadectwach lekarskich nie tylko wymieniała powody utraty zdrowia, ale także określała stopień inwalidztwa. W tym celu opracowano nawet specjalny formularz, który wypełniony szczegółowo, z korzyścią dla zainteresowanego, uzasadniał na wypadek kontroli niemieckiej orzeczenie o stopniu utraty zdrowia.

Major dr Szczepan Wacek był już członkiem konspiracji ZWZ-AK. Z jego rekomendacji inny lekarz ze Szpitala Ujazdowskiego – Cyprian Sadowski obejmie komendę sanitarną Kedywu, czyli Komendy Dywersji, organizującej

zamachy zbrojne na hitlerowskich dostojników. Ponieważ działali w konspiracji, nie wiedzieli, że ich szpitalny komendant płk Leon Strehl został szefem sanitarnym Komendy Głównej Armii Krajowej.

*

Oddzielny rozdział w zawodowej (lekarz okulista) i konspiracyjnej działalności Szczepana Wacka stanowiły wizyty na Pawiaku – w warszawskim więzieniu śledczym gestapo, mieszczącym się przy ul. Pawiej.

Latem 1940 r. – wspomina – nawiązaliśmy współpracę z wydziałem służby zdrowia więzień warszawskich. Poznałem kilku urzędników, Polaków pracujących w więzieniu. We wrześniu 1940 r. pewien urzędnik więzienia śledczego zaproponował mi objęcie stanowiska konsultanta. Zostałem „zakontraktowany” na stanowisko konsultanta okulisty w trzech więzieniach warszawskich. Na Pawiak chodziłem dwa razy w tygodniu, gdzie przyjmowałem pacjentów przez dwie godziny.

Objęcie nowej posady zainteresowany skonsultował z przełożonym ze szpitala i z konspiracji. Jego zadaniem była nie tyle pomoc lekarska, „w istocie iluzoryczna”, co nawiązanie kontaktów z personelem więziennym i zorientowanie się w możliwościach uzyskania wiadomości od aresztowanych.

Zacząłem otrzymywać polecenia, zgodnie z którymi miałem się dowiadywać, w jakich okolicznościach zostali aresztowani, czy gestapowcy orientują się, kogo mają w ręku, o co pytają na przesłuchaniach, kogo należy ostrzec, co zlikwidować, jak również zadania przekazywania więźniom wiadomości od ich władz konspiracyjnych. W niektórych przypadkach można było kierować postępowaniem aresztowanych.

W szpitalu na Pawiaku kontakt z aresztowanym odbywał się z zachowaniem największej ostrożności, ponieważ przyprowadzał go dyżurny gestapowiec i asystował przy rzekomym badaniu lekarskim. Dr Śliwicki lub dr Loth (*) starali się odwrócić od nas uwagę gestapowca i umożliwić szybkie przekazanie wiadomości. Bardzo pomocna była ciemnia rentgenowska, do której zwykle prowadziłem więźnia pod pozorem badania dna oka. Gestapowcy ani razu nie chcieli towarzyszyć mi podczas badania w ciemni, o to mi chodziło. Tych kilka minut wystarczyło do przekazania lub odebrania wiadomości.

Była to praca konspiracyjna z ryzykiem na granicy życia i śmierci. Zdarzyła się wówczas następująca sytuacja:

Pewnego razu musiałem zabrać gryps z Pawiaka. Pech chciał, że zmierzając do wyjścia z getta (Pawiak znajdował się na terenie getta) zauważyłem z odległości 50 m, iż w bramie przy murze jest wielu gestapowców i barwnie umundurowanych osobników. Było już za późno na cofnięcie się bez wzbudzania podejrzeń. Rad nierzad szedłem spokojnie z grypsem do bramki, sądząc, że to moja ostatnia wędrówka z Pawiaka. Rewizja była nieunikniona. Rzeczywiście zostałem zatrzymany przez gestapowców i jeden z nich zapytał mnie, czy mam „szmugiel”. Odpowiedziałem twierdząco. Zdumiony Niemiec zapytał, co to za „szmugiel”, na co spokojnie odpowiedziałem, że są to bakterie. Gestapowiec wrzasnął: „Czy pan z nas kpi?” Wtedy pokazałem mu swoją legitymację i powiedziałem: „Jak pan widzi, jestem lekarzem, więc coś innego mogę szmuglować”. Zaskoczony gestapowiec początkowo milczał, a potem uderzył mnie pięścią w ramię i śmiejąc się głośno zawołał do innych: „Patrzcie, to wariat, który szmugluje bakterie!” Rozbawieni Niemcy, rechocząc głośno, odprowadzili mnie do bramki i wypuścili z getta. Szedłem dalej spokojnie i powoli, ale na bardzo „słomianych nogach”.

We wspomnieniach, spisanych często po dużym upływie czasu, eksponowane są wydarzenia anegdotyczne, a niekiedy zabawne. Jest to wspólna cecha całej literatury wspomnieniowej. Następowało to jakby w reakcji na ogrom zagrożeń i okrucieństw, które przeżyli wspominający. Ponieważ literatura i faktografia, tzw. martyrologiczna, zdominowała powojenne relacje o polskim podziemiu, o więzieniach i obozach, piszący – o czym często wspominali – żeby nie powtarzać opisu scen hitlerowskiego okrucieństwa, opisywali sceny zabawne, podtrzymujące na duchu, eksponowali wolę życia i przetrwania jakby w przekonaniu, że czytelnicy otrzymali już w nadmiarze ogromną dawkę martyrologii.

W tekście wykorzystane zostały wspomnienia Szczepana Wacka „W Szpitalu Ujazdowskim podczas okupacji hitlerowskiej” („Okupacja i medycyna”, t. 4, str. 286).

(*) dr Śliwicki, więziony na Pawiaku przez cały okres okupacji, kierował miejscowymi lekarzami, dr Felicjan Loth, także więzień, pracował wśród aresztowanych prawie przez cały czas okupacji.

Wapno trzyma (się) mocno

W dn. 25-28 marca br. w Wiśle odbyło się I Kliniczne Forum Ekspertów w ramach Narodowego Programu Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy – POLASTMA.

Forum wzięło udział ponad 1,2 tys. lekarzy zainteresowanych tematyką astmy. Czterodniowy program naukowy wypełniło czternaście sesji szkoleniowo-naukowych oraz cieszące się ogromną popularnością warsztaty szkoleniowe.

Najwięcej uwagi poświęcono przede wszystkim prezentacji założeń Programu POLASTMA. Powstał on na bazie fińskich doświadczeń w leczeniu i diagnostyce astmy. Implementacja tego programu w Finlandii przyniosła bardzo pozytywne i satysfakcjonujące wyniki w postępowaniu z astmą, dlatego też naturalną konsekwencją jest próba jego realizacji w Polsce – twierdzi prof. Tari Haahtela, alergolog z Helsinek. O zainteresowaniu POLASTMĄ świadczy najlepiej aktywność uczestników Forum, którzy mimo późnej pory i zmęczenia tłumnie pojawili się na prezentacji Programu. Mimo wczesnej fazy rozwoju Programu w naszym kraju, jego postępy i efekty obserwują już lekarze ze Szwecji zainteresowani jego implementacją na podstawie naszych doświadczeń. Popularność Programu dobrze rokuje na przyszłość i należy wierzyć w jego wymierny efekt w postaci mniejszej liczby chorych i skuteczniejszego ich leczenia. W Unii Europejskiej na astmę umiera blisko 10 tys. chorych rocznie, a prawie wszystkim tym zgonom można zapobiec – przekonuje prof. Piotr Kuna, szef Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Wiodącym tematem sesji była astma jako problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny oraz perspektywa chorego w diagnostyce i leczeniu astmy, zwłaszcza w kontekście jakości życia z tym schorzeniem i środków jego leczenia.

Kilka wykładów dotyczyło bardzo ważnego obecnie problemu astmy u dzieci i nastolatków – ryzyka zachorowań i szerokiego aspektów jej leczenia u młodych ludzi. Jak wykazały wcześniejsze badania ECAP prof. Bolesława Samolińskiego, to właśnie dzieci i młodzież są najbardziej narażone na ryzyko zachorowania na astmę, zaś diagnoza astmy u nich jest bardzo problematyczna.

Sesje naukowo-szkoleniowe były nader ładowane praktyczną wiedzą, tak by móc się nią posłużyć w codziennej praktyce. Niestety, blisko 40 % lekarzy pierwszego kontaktu popełnia błędy ordynując preparaty wapniowe i dostępną do niedawna aminophylinę, o których już dawno powinno się zapomnieć. „W niektórych rejonach wapno nadal trzyma się mocno” – żartował prof. Jerzy Kruszewski, specjalista krajowy w dziedzinie alergologii.

Poszerzeniu wiedzy służyły warsztaty szkoleniowe poświęcone przede wszystkim spirometrii i prawidłowemu rozpoznaniu astmy i skutecznemu przeciwdziałaniu jej rozwojowi.

Pol. Tow. Alergologiczne zaprasza na regionalne spotkania Podyplomowej Szkoły PTA: 23 maja w Łodzi, 30 maja w Gdańsku, 6 czerwca w Szczecinie, 31 października w Białymstoku, 7 listopada w Warszawie, 21 listopada w Katowicach, 12 grudnia w Łodzi. Dzięki wieloletnim staraniom PTA Polska już w czerwcu po raz pierwszy będzie gościł uczestników 28 Kongresu Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej. Więcej szczegółów na www.pta.med.pl (mars)



Prof. Piotr Kuna: W Unii na astmę umiera blisko 10 tys. chorych rocznie, a prawie wszystkim tym zgonom można zapobiec.

Podatkami w krezusów

Zygmunt Wiśniewski

Urzednicy skarbowi upodobili sobie uzupełniać luki w egzekwowaniu podatków od podupadłych w okresie kryzysu gospodarczego przedsiębiorców poprzez nakładanie go w wysokościach „uznaniowych” na lekarzy dentyistów.

Przekonanie o ich zasobności i wysokich dochodach przetrwało z czasów rozbiorowych, kiedy ich liczba, zwłaszcza w zaborze rosyjskim, była niewielka, a na leczenie zębów pozwalali sobie tylko ludzie bogaci. W połowie lat trzydziestych sytuacja była diametralnie odmienna.

Opiekę lekarsko-dentystyczną, podobnie jak lekarską, zapewniała Ubezpieczalnia Społeczna. Z bolącym zębem, na ogół do usunięcia, a nie do leczenia, szło się do „kasy chorych”, a nie do prywatnego gabinetu. Poza tym wiele zawodów i branż miało zabezpieczone bezpłatne leczenie branżowe. Objęci nim byli urzednicy państwowi i samorządowi, pocztowcy i kolejarze, żołnierze i policjanci, a także inne służby państwowe. Chłopi w ogóle nie leczyli chorych zębów lub korzystali z pomocy sił niefachowych, np. kowali. Obliczano, że lekarze dentyści w swoich gabinetach mogli czekać zaledwie na co piątego mieszkańca. Ale spośród tych 20% tylko znikoma część odczuwała potrzebę korzystania z pomocy dentystycznej.

Kwalifikowanych lekarzy dentyistów przybywało. Z każdym rokiem PID (później AS) opuszczało ok. 150 absolwentów. W miastach był ich nadmiar. Przeważały kobiety, które nie miały umiejętności pozyskiwania pacjentów na trudnym rynku, zdominowanym przez przedsiębiorczych „partaczy”.

W końcu lat trzydziestych ludzie wolnych zawodów, praktykujący prywatnie, płacili dwójki podatek: dochodowy i od obrotu (obrotowy), zwany także „przemysłowym”. W czasie, o którym opowiadamy, było już po batalii o zwolnienie ludzi wolnych zawodów od wykupywania „świadectwa przemysłowego”, czyli rodzaju koncesji, będącej opodatkowaniem od posiadanych dóbr trwałych, czyli majątku.

Przed dziesięciu jeszcze laty lekarzy dentyistów traktowano tak jak –

przykładowo – producentów biżuterii i złotników. Wyposażenie gabinetów uznawano za majątek trwały służący do produkcji, a więc kapitałowy, a nie za narzędzia pracy służące leczeniu, a używane materiały, takie jak porcelana lub złoto, wliczano w obrót, tak jakby one same z siebie przysparzały lekarzom dentyistom przychodów.

Tę niesprawiedliwą i opartą na fałszywych przesłankach praktykę zmieniono na skutek sprzeciwu wniesionego przez izby lekarskie, a zwłaszcza przez te, które miały wyodrębnione organizacyjnie koła lekarzy stomatologów. Skuteczną akcję sprzeciwu podjęła w tej sprawie Lwowska Izba Lekarska, wsparła ją Krakowska Izba Lekarska, w której także lekarze stomatolodzy mieli wiele do powiedzenia. Precedens ten dowodził, że izby lekarskie mogą dawać lekarzom oparcie w sporach z poborcami podatkowymi.

Na akcjach tych skorzystali lekarze dentyści, którzy nie mieli własnej siły organizacyjnej i samodzielnie pewnie nie byłiby w stanie skutecznie przeciwstawić się urzędowi skarbowym. Efektem tych działań była zmiana ordynacji podatkowej. Odąd świadectwa przemysłowe musieli wykupywać przedsiębiorcy. Pod tym określeniem rozumiano wytwórców. Lekarzy, prawników, lekarzy dentyistów, lekarzy weterynarii wyjęto spod pojęcia przedsiębiorców i na dodatek zwolniono z obowiązku prowadzenia ksiąg dochodowych. Ich rozliczanie podatkowe polegało na składaniu deklaracji o przychodach i o obrocie.

Wydawać się mogło, że ludzie wolnych zawodów korzystali z udogodnień podatkowych. Tak było tylko „ustawowo”, czyli teoretycznie. W praktyce urzednicy skarbowi mieli uprawnienia do analizowania zadeklarowanej kwoty przychodów oraz do własnego, uznaniowego korygowania tych oświadczeń. To korygowanie nie obniżało oczywiście zadeklarowanych

dochodów, ale je zawyżało. Zdarzało się, że urzednicy skarbowi podwyższali zadeklarowane kwoty kilka, a nawet 10-krotnie.

Oto przykłady zaczerpnięte z „Kroniki Dentystycznej” z 1932 r.:

Lekarce dentyście, pracującej etatowo w ambulatorium dentystycznym dla urzedników m. Warszawy, zatrudnionej dodatkowo w szkole i dorabiającej wieczorami w swoim gabinecie – naliczono 10 000 zł obrotu i od tej kwoty podatek obrotowy, chociaż jej obrót nie mógł przekroczyć 3000 zł, a faktycznie był znacznie niższy.

Pewnemu starszemu praktykowi z gabinetem usytuowanym na podrzędnej ulicy z roku na rok podwyższono uznaniowo obrót z 7500 zł do 12 000 zł, chociaż w kryzysowych latach jego obroty spadały i zadeklarował je w wysokości tylko 3000 zł.

Praktyka dowolnego podwyższania rzekomych dochodów dotyczyła także lekarzy. Ci byli jednak zorganizowani i poprzez izby lekarskie wprowadzili praktykę powoływania rzeczoznawców ze swojego środowiska, a nawet komisji przy izbach skarbowych.

Poważny sukces odniosła Warszawsko-Białostocka Izba Lekarska, która wyłoniła ze swego grona i przeszkoliła rzeczoznawców podatkowych, a kiedy ich opinie nie skutkowały w izbach skarbowych – powołała komisję podatkową i wymusiła na władzach, aby jej ustalenia były respektowane.

Lekarze dentyści swoich izb lekarskich do listopada 1938 r. nie mieli, wobec urzędów skarbowych stawali w pojedynkę, czyli byli praktycznie bezbronni.

Była też druga strona medalu. Prasa stołeczna pełna była ogłoszeń „znakomitych klinik”, a na uczęszczanych ulicach rzucały się w oczy wielkie reklamy ambulatoriów dentystycznych. Bezsilne środowisko lekarzy dentyistów wiedziało i informowało władze, że prowadzone one były przez ludzi podejrzanego auto-

ramentu. Właściciele tych ambulatoriów i klinik zarabiali krocie. Była to jednak – tak przedstawiano sprawę w pismach branżowych – tylko przestępcza narośl na powszechnej praktyce lekarsko-dentystycznej, która podupadała, a zawód lekarza dentyisty stawał się coraz mniej opłacalny.

Prawda znajdowała się pewnie pośrodku, ponieważ studia w Akademii Stomatologicznej cieszyły się dużym wzięciem, a lekarze dentyści uchodzili za krezusów w porównaniu z lekarzami, a zwłaszcza lekarzami domowymi, których zarobki nie przekraczały wysokości pensji urzedników niskiego szczebla.

Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna od początku jej powołania, a więc od listopada 1938 r., nadała priorytet sprawom ekonomicznym. W piśmie izb lekarsko-dentystycznych prezes J. Łączyński i sekretarz F. Borusiewicz własnymi podpisami poświadczali publikację o przepisach finansowych obowiązujących lekarzy dentyistów:

Wykonywanie praktyki przez lekarza-dentyistę jest wolnym zajęciem zawodowym, nie pociągającym za sobą obowiązku wykupna świadectwa przemysłowego bez względu na to, czy praktykę tę lekarz-dentyista wykonuje na własny rachunek, czy też w takiej czy innej instytucji lub u innego lekarza-dentyisty na podstawie stosunku służbowego czy umownego, przy czym ponadto zaznaczyć należy, że podatek od obrotu opłaca się jedynie w przypadku pierwszym, t. zn. wykonywania praktyki na rachunek własny.

W komunikacie tym szefowie NIL-D informowali także, że przychodnie lekarsko-dentystyczne zaliczane są do przedsiębiorstw handlowych i obowiązane są wykupywać świadectwa przemysłowe. Przepis ten dotyczył tylko ich właścicieli lub udziałowców. Zatrudnieni w nich lekarze dentyści w ogóle nie mieli obowiązku opłacania podatku „przemysłowego”.

Sprawa musiała żywo obchodzić środowisko, skoro poświęcono jej wiele miejsca w „Dzienniku Urzędowym Izby Lekarsko-Dentystycznej”.

Za przykładem izb lekarskich NIL-D rozpoczęła wiosną 1939 r. rekrutację swoich członków gotowych przejść przeszkolenie i uczestniczyć w charakterze biegłych w komisjach podatkowych. Pismo zaczęło drukować instrukcję dla biegłych ds. podatkowych.

Działo się to latem 1939 r. Efektów, z powodu wybuchu wojny, nie doczekano.

Szczecin popłynął po prymat

W tegorocznych pływackich Mistrzostwach Polski Lekarzy stanęło na stracie 38 lekarzy ze Szczecina, Katowic, Rzeszowa, Warszawy, Łodzi, Bydgoszczy, Lublina, Gdańska, Torunia, Tarnowa i Częstochowy.

W dwudniowych zmaganiach na 50-metrowej pływalni w gościnnej Dębicy na Podkarpaciu najlepszą pływaczką okazała się 48-letnia Joanna Stępień-Gielo ze Szczecina, która wyprzedziła Iwonę Damljanowicz (Szczecin) i Aleksandrę Herman oraz Danutę Ziarko (najmłodsze, obie z Katowic). Wśród panów triumfował rewelacyjny 43-letni Andrzej Pasieczny z Gdańska przed Robertem Lorkowskim z Rzeszowa i Jerzym Leszczyńskim z Warszawy. Tuż za nimi w klasyfikacji punktowej wg tabeli DSV Master Performance uplasowali



Prof. Tomasz Rechberger

Warto odnotować, że najlepszym wśród profesorów medycyny okazał się 56-letni Tomasz Rechberger, lubelski ginekolog-położnik, którego wyniki i kondycja mogą szokować niejednego studenta.

Zawodom towarzyszyła konferencja naukowa poświęcona problemom medycyny sportowej z udziałem krajowej czołówki specjalistów, m.in. Zbigniewa Szyguły, Wojciecha Gawrońskiego i Witolda Furgała. O suplementacji i doping, zakrzepicy żylny w sporcie i nagłym zgonie sercowym u sportowców mówili specjaliści z Rzeszowa, Mielca, Dębicy i Gorlic. Nad organizacją

perfekcyjnie panował dębicki lekarz i animator sportu Janusz Bieniasz, który za rok zaprasza na kolejne mistrzowskie zmagania do Dębicy.

Tekst i zdjęcia:
Marek Stankiewicz



Joanna Stępień-Gielo

się Krzysztof Kazimierzczak (Łódź), Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy oraz Sławomir Grzeszewski ze Szczecina. W klasyfikacji drużynowej zwyciężyła izba lekarska ze Szczecina przed Katowicami i ex aequo Rzeszowem i Warszawą.



Start do kolejnego wyścigu

Wydział Lekarski UJ, rocznik 1945-49

Zjazd koleżeński w 60 rocznicę absolutorium w **Krakowie w sobotę 6.06.br.** W programie: Msza św. w kolegiacie św. Anny (godz. 10.00), spotkanie w Sali Senackiej Collegium Novum poświęcone m.in. omówieniu postępów w różnych dziedzinach medycyny na przestrzeni 60 lat (godz. 10.30-13.00), obiad w Convivium (godz. 13.15). **Zgłoszenie udziału do 15.05.br. na adres: prof. dr hab. Helena Żygulska-Mach, ul. Friedleina 13 m. 6, 30-009 Kraków, tel. 012-633-31-28**

Absolwenci AM w Łodzi, rok 1957

Stowarzyszenie Absolwentów AM i UM w Łodzi (90-419 Łódź, al. Kościuski 4, tel. 042-639-39-39 w godz. 10.00-14.00) zaprasza na coroczne spotkanie obiadowe **6.06.br. w Sokolnikach k. Łodzi, w pensjonacie „Pinia”**. Prosimy o nadsyłanie zgłoszeń i wpłat na konto: PKO BP I/O Łódź 7610203352 0000 1202 0009 9499 do 10.05.br. Koszt spotkania (korespondencja, menu, autokar) 75 zł. Przewidywany odjazd autokaru: **godz. 12.30, Rektorat UM, Łódź, ul. Kościuski 4**. Jednocześnie przypominamy, że w 2010 r. odbędzie się nasz uroczysty zjazd koleżeński w 53 rocznicę uzyskania dyplomów, o którym szczegółowo powiadomimy. Za Komitet Organizacyjny Lucjan Wesolek

Absolwenci PAM w Szczecinie, rocznik 1959

Z okazji 50 rocznicy absolutorium organizuję koleżeński zjazd **we wrześniu br. Zgłoszenia: Jan Rusin, tel. 091-564-31-19, 605-600-175; 74-210 Przelewice 98; sekretarz zjazdu Beata Rusin, e-mail: beatka.br@wp.eu**

Absolwenci ŚIAM, rok 1959

Z okazji odnowy dyplomu po 50 latach zjazd koleżeński w **październiku br. Rejestracja do 30.06.br. – Julita Prabucka, 41-800 Zabrze, plac Traugutta 2, kkpzabrze@sum.edu.pl, tel. 032-370-52-66**

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1964

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, **19.09.br. we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby tow.: koszt całk. 250 zł, bez rejsu statkiem 200 zł. Możliwość rezerw. nocl. w hotelu Rezydent z 18/19.09. lub/i 19/20.09. br. (pok. 1-2-os.). Koszt nocl. ze śniadaniem od os. 80 zł (opłata pokrywana indywidualnie). Rezerw. nocl. do 30.06.br. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-1540-1030-2001-7753-6075-0001 do 30.06.br. z dopiskiem „Zjazd 1964” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p., pok. 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. **Informacje: Koryna Mitzel-Kasprzak, 71-337-01-60 lub 502-138-826; Nina Wachowska (Niepokój), 607-463-777; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, 71-79-88-068.** Za Komitet Org.: Wiesława Krawczuk-Domaradzka, Koryna Mitzel-Kasprzak, Nina Niepokój-Wachowska, Jacek Kluza, Danuta Dobrucka, Wiesław Dobrucki, Barbara Żukowska, Roman Niebytowiec, Stanisław Krupa

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl

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

Żegnamy zmarłego 12 kwietnia 2009 roku

naszego kolegę

Jerzego Wunderlicha

w latach 2002-2004 zastępcę redaktora naczelnego
„Gazety Lekarskiej”.

Rodzinie Zmarłego składamy wyrazy współczucia
Zespół „Gazety Lekarskiej”

Absolwenci AM w Poznaniu, rok 1964

Zjazd koleżeński z okazji 45 rocznicy dyplomu odbędzie się **23.05.br. w godz. 16.00-24.00 w restauracji Magnolia, ul. Głogowska w Poznaniu**; poprzedzi go **Msza św. o godz. 15.00 w kościele p.w. Św. Michała Archaniola, ul. Stolarska w Poznaniu** (naprzeciw Col. Anatomicum) za dusze ś.p. współabsolwentów. Koszt 170 zł, wpłaty na konto Jan Jaroszewski, NBP 02 1020 4027 0000 1202 0244 2465, z dopiskiem „Zjazd”. **Za Komitet Organizacyjny Jan Jaroszewski, Os. Tysiąclecia 27 m. 6, 61-225 Poznań.**

Wydział Lekarski katowicki i zabrzański ŚIAM, rocznik 1979

27.06.br. odbędą się obchody 30 rocznicy dyplomatorium rocznika 1979 Wydziału Lekarskiego katowickiego i zabrzańskiego Śląskiej Akademii Medycznej. W planach m.in. uroczysta Msza święta, konferencja naukowa, odnowienie przysięgi Hipokrate-sa i bal. **Zgłoszenia i zapytania: Maciej Hamankiewicz, e-mail: kongres@izba-lekarska.org.pl**

Wydział Lekarski w Katowicach i Zabrze ŚIAM, rocznik 1981

Zjazd absolwentów z okazji 28 rocznicy ukończenia studiów w dn. **5-7.06.br. w hotelu „Jawor” SPA w Jaworzu k. Bielska-Białej**. Zgłoszenie uczestnictwa przez wpłacenie 650 zł na konto nr 77 1050 1214 1000 0090 6586 2386, z dopiskiem „Zjazd Absolwentów”. W opłacie 2 noclegi, 2 śniadania, grill w piątek i bal w sobotę. Proszę o szybkie zgłaszanie chęci udziału. **Informacje: Maciej Kajor, tel. 0502-272-110, e-mail: maciej_kajor@poczta.onet.pl**

AM w Poznaniu, rocznik 1984

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów odbędzie się zjazd absolwentów w **sobotę 26.09.br. w Poznaniu**. Koszt 350 zł. **Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.bokiz.pl/absolwenci84, oraz: absolwenci84@bokiz.pl lub do org. Iza Kucharczyk-Bauman, tel. 0501-574-382, iza.bauman@wp.pl, Maria Łabędzka-Gardy tel. 0501-717-275, malaga21@interia.pl, Jagoda Bernardczyk-Meller, tel. 0602-433-278, jbmeller@poczta.onet.pl.** W planie spotkanie na uczelni oraz w Hotelu Trawiński w Poznaniu. Wpłaty na konto Nordea Bank Polska S.A. 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988 do 1.09.br. Bardzo prosimy o szybką rejestrację! Zapraszamy! Jest to nasze pierwsze spotkanie po studiach!

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rocznik 1983-89

Z okazji 20 rocznicy uzyskania dyplomów odbędzie się zjazd absolwentów **24.10.br. w Białymstoku**. Koszt uczestnictwa ok. 300 zł. Przedpłata w wysokości 200 zł do końca czerwca br. **Potwierdzenie uczestnictwa do końca czerwca br. prosimy przekazać na adres: Wioletta Jedynasta-Kozłowska, e-mail: viola@kozłowski.pl (tel. 0601-391-492) lub Małgorzata Kudelska, e-mail: mrkud@op.pl (tel. 0606-785-999).** Wpłaty na konto: Bank PKO SAI O w Białymstoku, nr konta: 05 1240 1154 1111 0010 2365 7813, tytuł wpłaty „Zjazd absolwentów” (prosimy o podanie danych osobowych).

Wydział Lekarski UM w Poznaniu, rocznik 1989

Zapraszamy na wspólne spotkanie po latach, które odbędzie się **6.06.br. w Piano Bar – Stary Browar. Strona internetowa zjazdu: www.lek89.poznan.pl.** Opłatę 220,00 PLN proszę, jak najszybciej, uiścić na konto bankowe nr: 53 1020 4027 0000 1102 0745 4459 z dopiskiem: **lek89, imię i nazwisko, miasto.**

Wydział Lekarski ŚIAM w Zabrze, rocznik 1994

Z okazji 15 rocznicy uzyskania absolutorium odbędzie się zjazd absolwentów w **Wiśle w dn. 5-6.09.br. Hotel „Pod Jedłami”**. Koszt 310 zł/osobę. Rezerwacje do 30.04.br.: tel. 033-856-47-20, 033-855-24-17, 0607-737-827 lub rezerwacja@podjedlami.pl na hasło wpisane jako temat „Zjazd 1994” (podać imię i nazwisko, adres e-mail oraz telefon lub faks kontaktowy). Szczegółowe informacje po dokonaniu rezerwacji (również numer konta). Wpłaty do 15.06.br. **Informacje: Anna Czereda-Pohl, 0604-775-408 i Bogdan Żychowicz, 0606-121-247.**

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

O narciarskie trofea na włoskim stoku

We włoskim Kronplätz, w marcowym mroźnym słońcu rozegrano 36 Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim. W tym roku większość polskiej grupy odbywała treningi pod okiem profesjonalistów (Paweł Polak i Wojtek Zagórski) w San Candido.

Pierwszego dnia imprezy rozegrano dwa przejazdy slalomu, w piątek dwa przejazdy giganta, w sobotę jeden super-G na pięknej, szerokiej trasie. Bardzo dobre warunki narciarskie, bojowe nastroje i 134 uczestników z krajów europejskich (najliczniej reprezentowane to Słowenia, Austria, Włochy, Niemcy i Polska – 24 zawodników). Przyjechali też Polacy ze Szwecji, Kanady, Francji i Niemiec. Startowaliśmy w odpowiednich kategoriach wiekowych. Najstarsi uczestnicy zawodów to Niemka Helga Grassberger i 83-letni Włoch Camillo Franchi, którzy szokowali wszystkich doskonałą kondycją.

Trzy dni zmagania obfitowały w wielkie emocje. Wielu uczestników może się pochwalić przeszłością zawodniczą. W slalomie wywalczyliśmy 6 medali – 4 srebrne (Małgorzata Salamonowicz, Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk, Marcin Ziółkowski,

Jakub Gałaszek) i 2 brązowe (Katarzyna Smolik, Maciej Sznurkowski). W gigancie polskiej grupie przyznano 5 medali – 2 srebrne (Jakub Gałaszek, Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk) i 3 brązowe (Katarzyna Pakosz, Małgorzata Salamonowicz, Marcin Ziółkowski). Super- G przyniósł kolejne 4 trofea – 2 srebrne medale (Jadwiga Dowgiałło-Smolarczyk, Małgorzata Salamonowicz) i 2 brązowe (Katarzyna Pakosz, Jakub Gałaszek). Ostatecznie w klasyfikacji medalowej Polska zajęła 3 miejsce, za Włochami i Niemcami.

Największa sportowa rywalizacja odbywała się wśród panów w grupie roczników 1960-69. Różnice w wynikach stanowiły setne sekundy. Wśród Polaków miejsca punktowane zdobyli Wacek Warzecha, Leszek Klimczak, Jacek Sroczyński, Jan Plaskacz.

JDS



Lekarski Klub Żeglarski
Bocianie Gniazdo
Organizator imprez i szkoleń w Warszawie im. prof. Józefa Włodkiewicza



- SZKOLENIA ŻEGLARSKIE I MOTOROWOONE (Warszawa, Radom, Mazury) NA STOPNIE:
 - sternika motorowodnego
 - sternika steru motorowodnego
 - licencji na holowanie narciarza wodnego (terminy dowolne, przez cały rok)
 - żeglarskiego jachtowego
 - instruktora żeglarskiego PZZ oraz młodszego instruktora żeglarskiego PZZ
- WEDROWNE OBOZY ŻEGLARSKIE W KRAJIE WIELKICH JEZIOR MAZURSKICH
- REJISY LICEALISTÓW I GIMNAZJALISTÓW ORAZ ZIELONE SZKOŁY POD ŻAGLAMI
- KOLONIE ŻEGLARSKIE DLA DZIECI JUNGA & KADET
- REJISY MORSKIE – Bałtyk, Grecja, Chorwacja
- CZARTER 20 NOWYCH I ŚWIETNIE WYPOSAŻONYCH JACHTÓW NA MAZURACH: Antila 22, Antila 24, Antila 26, Solina 800, Sasanka VIVA 700, Sasanka 660 Supermova

pełna informacja na stronie:
www.bocianiegniazdo.org

Kontakt: Michał Szoberek
tel. 0 607 211 196, e-mail: michal@szoberek.pl, 00 2621420

W sezonie 2009 zapraszamy lekarzy, dzieci lekarzy i ich znajomych.

MediPage Sp. z o.o.

02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl



Postępowanie praktyczne w ortopedii i traumatologii

Podręcznik dla specjalizujących się lekarzy
red. **Peter V. Giannoudis i Hans-Christoph Pape**
red. nauk. wyd. pol. prof. **Wojciech Marczyński**
Warszawa 2008, str. 330

Bogato ilustrowany podręcznik dla specjalizujących się chirurgów. Omówione najczęstsze urazy, opisy opatrzone fotografiami śródoperacyjnymi. Praktyczne wskazówki dotyczące ułożenia chorego, techniki dostępu i nastawienia, sposobu doboru protez, protokołów, wg których pacjent zostaje uruchomiony po operacji, możliwych powikłań, terminu przejścia chorego do ambulatorium, warunków ew. usunięcia implantu.



Podręcznik echokardiografii

Jae K. OH, James B. Seward, A. Jamil Tajik
red. nauk. wyd. pol. prof. **Jarosław D. Kasprzak**
The Echo Manual, Warszawa 2008, str. 456

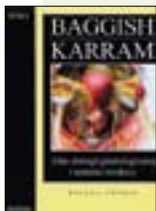
Publikacja skierowana do kardiologów, internistów, anestezjologów, lekarzy pracujących w intensywnie terapii, szpitalnych oddziałach ratunkowych, ultrasonografistów i lekarzy w trakcie specjalizacji. Nowe rozdziały i sekcje w stosunku do poprzednich wydań to: doppler tkankowy i obrazowanie odczłuszczenia mięśnia sercowego, ocena mechanicznej asynchronii, echokardiografia trójwymiarowa, echokardiografia wewnątrzsercowa, ocena funkcji rozkurczowej, echokardiografia w wadach wrodzonych serca, obrazowanie naczyń. Pozostałe rozdziały poprawiono, dodano nowe ryciny i przypisy.



Diagnostyka różnicowa w onkologii ortopedycznej

prof. **Adam Greenspan**, prof. **Gernot Jundt**,
prof. **Wolfgang Remagen**
red. nauk. wyd. pol. prof. **Stefan Kruś**,
prof. **Marek Sasiadek**
Warszawa 2008, str. 548

Obecne wydanie uwzględnia nowe techniki w dziedzinie radiologii. Ułatwia skomplikowaną diagnostykę różnicową zmian guzopodobnych kości i stawów. Kładzie nacisk na analizę radiologiczną i histopatologiczną tych zmian. Przedstawia przegląd różnych radiologicznych i histopatologicznych obrazów niełośliwych i złośliwych zmian w układzie mięśniowo-kostnym, uwzględniając cechy typowe i nietypowe. Rozdziały bogato ilustrowane zdjęciami RTG, obrazami TK i MR, kolorowymi mikrofotografiami, schematami. Cechy istotne dla rozpoznania zawarto w tabelach.



Atlas chirurgii ginekologicznej i anatomii miednicy

Michael S. Baggish, Mickey M. Karram
red. nauk. wyd. pol. prof. **Tomasz Rechberger**
konsultacja merytoryczna dr n. med. **Wojciech Rokita**
ilustracje: **Joe Chovan**, Milford, Ohio
t. 1, Warszawa 2009, str. 470

Drugie wydanie zawiera wiele nowych ilustracji i fotografii i kilka nowych działów i części. Duży nacisk położono na anatomię miednicy mniejszej. Wszystkie rozdziały uaktualniono zgodnie z obowiązującymi standardami uzupełniając o takie tematy jak: zakładanie taśm przezczasłonowych czy rekonstrukcje cewki moczowej. Wprowadzono nowe rozdziały: anatomia aparatu

wieszadłowego przedniej i tylnej ściany pochwy, rozdział opisujący narzędzia stosowane współcześnie w chirurgii miednicy mniejszej, rozdział o operacjach pomniejszających masę guza w zaawansowanych przypadkach raka jajnika, rozdział o lyżeczowaniu kanału szyjki i jamy macicy, ponieważ jest to najczęściej wykonywana procedura ginekologiczna, rozdział opisujący technikę operacyjną zmiany płci. Zaprezentowano też techniki położnicze jak nacinanie kroczka, techniki chirurgicznego zaopatrywania pęknięć kroczka III i IV stopnia. Dział trzeci poświęcono w całości chirurgii endoskopowej.

α-medica press

43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 033-816-90-79,
faks 033-828-13-72, e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl

Przewodnik antybiotykoaterapii 2009

pod red. **Danuty Dzierżanowskiej**
i **Katarzyny Dzierżanowskiej-Fangrat**
wyd. II, Bielsko-Biała 2009, str. 88, cena 10 zł
Pierwsze wydanie ukazało się w 1998 r. Inicjatorem i pomysłodawcą był prof. Janusz Jeljaszewicz. Chcąc uhonorować jego pamięć ustanowiono Nagrodę Naukową im. prof. Janusza Jeljaszewicza. Nagroda w formie jednorazowej wypłaty kwoty 5000 zł jest przyznawana w latach kolejnych wydań „Przewodnika antybiotykoaterapii”. Nagrodę może otrzymać lekarz medycyny, magister biologii lub absolwent kierunków pokrewnych będący autorem pracy doktor-skiej, rozprawy habilitacyjnej lub innej pracy naukowej z zakresu chemioterapii i mikrobiologii klinicznej. Prace należy wysłać listem poleconym na adres Wydawnictwa α-medica press.



Kompendium antybiotyków 2009

Danuta Dzierżanowska
Bielsko-Biała 2009, str. 322, cena 28 zł
Zaktualizowany przewodnik po antybiotykach zawiera wszystkie szczegółowe dane potrzebne przy zastosowaniu antybiotyku.



Dyspepsja czynnościowa w perspektywie biopsychospołecznej

Raport z badań nad dziećmi i młodzieżą
Igor Radziewicz-Winnicki
Bielsko-Biała 2009, str. 128, cena 40 zł
Publikacja zawiera badania prowadzone w latach 2004-06 wśród pacjentów hospitalizowanych w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach w Klinice Pediatrii oraz Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, a także wśród uczniów Społecznej Szkoły Podstawowej, Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcącego im. Stanisława Konarskiego w Katowicach.

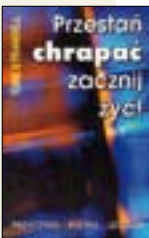


Ponadto nadesłano

Przestań chrapać, zacznij żyć

Przyczyny, ryzyka, leczenie
Tore Strandell
tłum. **Barbara i Jan Zuchowscy**
Wągrowiec 1996, **Zakład Poligraficzno-Wydawniczy „M-Druk”**
Wągrowiec, tel./faks 067-624-078, str. 184

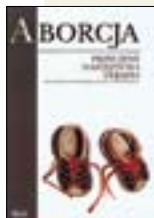
Autor jest ordynatorem Oddziału Klinicznej Fizjologii Szpitala Sabbatsberg w Sztokholmie. Książka służy pomocą osobom dotkniętym chrapaniem w pokonaniu tej przypadłości. Pozwoli poznać przyczyny i metody zwalczania chrapania, kontrolować leki szkodliwe dla chrapających, a także wyjaśni jak postępować z dzieckiem chrapającym.



Medical Eponyms. Leksykon

Linda Perlińska, Janusz Krzyżanowski
wyd. I. Warszawa 2009. **Wydawnictwo „Medyk” Sp. z o.o.**,
01-360 Warszawa, ul. Człuchowska 66,
tel. 022-666-43-32 do 34, faks 022-664-04-51.
Księgarnia internetowa www.medyk.com.pl,
Infolinia 0801-554-542, str. 680, cena det. 89 zł

Ponad 13 500 eponimów medycznych (terminów oznaczających) występujących w anglojęzycznej literaturze medycznej. Autorzy nie ograniczyli się tylko do ich przetłumaczenia. Każde hasło zawiera zwięzły opis, odniesienie do kluczowej pozycji piśmiennictwa. W leksykonie znajdują się nazwy chorób, zespołów i objawów, struktur anatomicznych, prób testów i odruchów, a nawet operacji i narzędzi.



Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia

pod red. nauk. **Bogdana Chazana i Witolda Simona**
tłum. **Agata Jankowiak i Zbigniew Karpiński**
Warszawa 2009, **Wydawnictwo „Wektory”**,
53-015 Wrocław, ul. Karkonoska 59a,
Dystrybucja: e-mail: info@wydawnictwo.wektory.pl,
www.wydawnictwowektory.pl, tel. 071-339-82-22,
str. 342

Książka jest zbiorem prac naukowych dotyczących badań nad zagadnieniem aborcji. Bogato udokumentowane badania lekarzy różnych specjalności, a także psychologów, psychiatrów, socjologów i prawników. Zaprezentowane tematy stanowią wytyczne do koniecznych dalszych badań i są źródłem cennych informacji dla lekarzy, demografów, psychoterapeutów, prawodawców i duchownych. Książka ozdobiona grafikami Mariusza Mikołajka.



Opodatkowanie działalności medycznej lekarzy i pielęgniarek

Radosław Witczak
Warszawa 2009, **Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska**,
księgarnia firmowa 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5A
(wejście od ul. Ludwiki), tel. 022-535-80-72, 022-535-81-72,
www.wolterskluwer.pl, księgarnia internet. 022-535-80-78,
e-mail: profinfo@wolterskluwer.pl, www.profinfo.pl,
str. 220, cena 49 zł

Zasady uproszczonej księgowości dla działalności gospodarczej osób z branży medycznej ze szczególnym uwzględnieniem prywatnej praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej. Publikacja ma ułatwić wybór odpowiednich form opodatkowania w zależności od potrzeb lekarza lub pielęgniarki, pomoże we właściwym rozliczeniu się z urzędem skarbowym. Może okazać się pomocna dla urzędników urzędów skarbowych, biur rachunkowych i doradztwa podatkowego.



Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego

Z kart historii bydgoskiego lecnictwa
Mieczysław Boguszyński
Bydgoszcz 2008, wyd. **Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy**, 85-102 Bydgoszcz, ul. Jezuicka 4,
tel./faks 052-322-51-96, 345-44-34,
e-mail: TMMB@neostrada.pl, www.tmmb.pl

Na podstawie wielu materiałów autor opisał ważniejsze wydarzenia z historii lecnictwa bydgoskiego zamieszczając bogatą dokumentację fotograficzną i bibliografię. Wśród wykorzystanych źródeł historycznych znalazły się archiwalia z zasobu Archiwum Państwowego w Bydgoszczy od XVII do XXI w., publikatory prawa polskie i pruskie, lokalne wydawnictwa informacyjne, prasa i literatura wspomnieniowa. Publikacja odznacza się godną tego opracowania formą graficzną.

opr. md

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej Sześciuosobowej

OIL w Łodzi zaprasza na zawody, które odbędą się w dn. **6-7.06.br. na obiekcie Szkoły Mistrzostwa Sportowego w Łodzi przy ul. Milionowej 12**. Koszt zakwaterowania i wyżywienia ponoszą uczestnicy. Zapraszamy do udziału 6-osobowe drużyny z poszczególnych OIL. Warunkiem uczestnictwa w turnieju jest przesłanie wpisu w wys. 1000 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie do 15.05.br. na konto OIL w Łodzi: PKO BP SA I Oddział w Łodzi, nr konta 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dopiskiem „Piłka nożna”. Szczegółowy program mistrzostw zostanie przesłany w maju do zainteresowanych drużyn. Proponujemy zakwaterowanie w hotelach w pobliżu miejsca imprezy: hotel „Focus”, ul. Łąkowa 23/25, tel. 042-637-12-00; hotel „IBIS”, ul. Piłsudskiego 11, tel. 042-638-67-00, www.ibishotel.com; hotel „Boss”, ul. Tatrzańska 11, tel. 042-676-31-13, 672-48-89. Prosimy o indywidualne rezerwacje pokoi. Regulamin rozgrywek zostanie rozesłany do zgłoszonych drużyn. W turnieju mogą brać udział wyłącznie drużyny złożone z lekarzy. **Informacje: organizatorzy Mariusz Maroszyński, tel. 0504-121-832; Łukasz Rajchert, tel. 0501-418-718; Piotr Gąbiński, tel. 0880-507-293.**

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym

organizowane pod patronatem WIL, odbędą się w dn. **11-14.06.br., w Poznaniu, w Centrum Tenisowym Kortowo-Poznań**. Zapraszamy serdecznie lekarzy i stomatologów z Polski i zagranicy. **Szczegółowe informacje i rejestracja uczestników on-line na stronie: www.medcup2009.teniqo.net**. Informacje również na stronie PSTL. W imieniu Komitetu Organizacyjnego Ryszard Stawicki

Mistrzostwa Polski Lekarzy, Farmaceutów i Studentów Medycyny w Triathlonie

odbędą się **13.06.br. w Suszu**. Dystan: pływanie - 0,38 km, rower - 18 km, bieg - 4,2 km. Zawody odbędą się w ramach otwartego triathlonu dla amatorów. **Informacje na stronie www.susz-triathlon.pl**

Grand Prix Prezesa PTG w Strzelectwie Myśliwskim

20.09.br. (niedziela) na strzelnicy PZŁ w Tarnobrzegu odbędą się Zawody o Grand Prix Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Strzelectwie Myśliwskim. Rozegrane będą w konkurencjach śrutowych zgodnie z prawidłami PZŁ. Trzy klasyfikacje: dla profesorów: 1/2 pełnych konkurencji, dla ginekologów: w pełnym wymiarze konkurencji, dla gości: w pełnym wymiarze konkurencji. Rozpoczęcie o godz. 10.00, rejestracja uczestników od godz. 9.30 w sekretariacie zawodów. Dla najlepszych liczne puchary, dyplomy i nagrody. Zgłoszenia uczestnictwa (imię i nazwisko, nr pozwolenia na broń) do 31.08.br. Wpisowe w kwocie 100 zł płatne do 31.08.br. na konto nr 23 1240 2799 1111 0010 2327 8467. Możliwość rezerwacji noclegu z 19 na 20 i 21.09.br. w hotelach w pobliżu strzelnicy na hasło „zawody ginekologów”. Dane adresowe u organizatorów. **Informacje: tel. 0502-506-245, 0603-686-838, e-mail: teteaamczyk@wp.pl, drad46@gmail.com**. W imieniu organizatorów Adam Dziamba, Tomasz Adamczyk.

Wyjaśnienie

W „Gazecie Lekarskiej” nr 4/2009 w tekście pt. „LEP wreszcie odtajni-ony” omyłkowo podałam, że Aleksandra Maria Piersoszkiewicz pochodzi z Wrocławia, a Katarzyna Anna Grzegorczyk z Krakowa. **Oczywiście jest na odwrót**, za co serdecznie obie Panie przepraszam! Na szczęście w samym tekście Panie „mieszkają” we właściwych miastach.

Anna Augustowska

Imprezy różne

Kuracja błotami w **Eforii – Rumunia**. Leczenie i wypoczynek nad jeziorem **Terchighiol i Morzem Czarnym** (leczenie bólów kręgosłupa, układu kostnego i bóli reumatycznych). 2 tyg., samolot, hotel lux przy brzegu morza, wyżywienie. Wyjazdy: **22.06. i 24.08. br.** Cena 3650 zł. Wyjazd przygotowany na zlecenie KKSiT OIL w Warszawie. **Informacje i zgłoszenia: praca@warszawa.oil.org.pl lub kwatour@op.pl**

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2009)

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt

- **9-10.05.** Ustroń. Warsztaty **osteoporotyczne: od teorii do praktyki**
- **12-13.09.** Katowice. Wielospecjalistyczny kurs **medycyny manualnej**, zgl. do 1.08.br.
- **19-20.09.** Katowice. **Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży – diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie**, zgl. do 1.08.br. Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, e-mail: medycznesympozja@mssp-pakt.med.pl, www.mssp-pakt.med.pl

CEMED, spotkania edukacyjne

- **11.05.** Warszawa, budynek Rondo One. Konferencja „**Mikromacierze w badaniach klinicznych i molekularnej diagnostyce medycznej**”. Patronat: Polskie Towarzystwo **Genetyki Człowieka** i Krajowa Izba **Diagnostów Laboratoryjnych**
- **16.05.** Poznań, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi. II symposium **techników elektroradiologii** z cyklu **Badania radiologiczne w ortopedii 2009 „Kończyna górna – bark, łokieć, nadgarstek i ręka”**. Organizator: Centrum Edukacji Medycznej CEMED, ul. Łucka 15 p. 214, 00-842 Warszawa, tel. 022-257-00-39, 022-257-00-38, e-mail: cemed@cemed.pl, informacje i rejestracja: www.cemed.pl

Centrum Diagnostyki Obrazowej CEDUS

- **11-15.05.** **USG stawów, kończyna dolna** - średniozaawans.
- **18-21.05.** **Echokardiografia poz** - podst.
- **22-24.05.** **USG w ortopedii poz** - podst.
- **30.05.-1.06.** **Doppler poz** - zaawans.
- **3-7.06.** **USG jamy brzusznej** - podst.
- **11-14.06.** **USG piersi i mammografia**
- **15-19.06.** **Doppler poz** - podst.
- **22-26.06.** **Echokardiografia** - zaawans.
- **27-30.06.** **USG stawów kończyna górna** - podst.

Ciechocinek. Kursy USG w preferencyjnych cenach – współfinansowane przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; certyfikaty z pkt. edukac. OIL, pkt. PTU, pkt. Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy na stronie www.cedus.edu.pl

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

- **13-16.05.** **USG z zastosowaniem technik dopplerowskich w ginekologii i położnictwie**
- **21-23.05.** **Kolposkopia** dla początk.
- **03-06.06.** **Poradnictwo seksuologiczne i antykoncepcyjne w gabinecie ginekologa**
- **18-20.06.** **Patologia ciąży**
- **26-29.08.** **Diagnostyka USG w położnictwie** dla zaawans.
- **06-11.09.** **USG w ginekologii i położnictwie** dla początk. **Teoria i praktyka**.
- **17-20.09.** **Wybrane zagadnienia opieki nad kobietą po 60 roku życia**
- **1-3.10.** **Kolposkopia** dla zaawans.
- **15-18.10.** **Diagnostyka prenatalna (11-13-tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu**
- **18-21.11.** **Diagnostyka USG w położnictwie** dla zaawans. Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „Obraz”, szkolenia z zakresu USG

- **14.05.** **Przetoki dializacyjne**
- **15-16.05.** **Doppler naczyń obwodowych** - doskonalący
- **21-24.05.** **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kregowe, tętnice i żyły kończyn dolnych)**
- **23.05.** **Diagnostyka obrażeń brzucha i klatki piersiowej (FAST, EFAST)**
- **28-31.05.** **Jama brzuszna**
- **4-7.06.** **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)** Pkt. OIL. Informacje: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „Obraz”, tel. 061-657-94-63, 603-76-20-41, faks 061-282-36-66, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

EVMACO

- **16.05.** Warszawa, hotel Marriott. Pol. Tow. **Diabetologiczne** zaprasza na konferencję: **Diabetologia w polskim systemie ochrony zdrowia**. www.nowezalecenia.evmaco.pl
- **22.05.** Gdańsk, hotel Mercure Hevelius. Kolegium **Lekarzy Rodzinnych** i Pol. Tow. **Diabetologiczne** zapraszają na konferencję: **Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych**. 8 pkt. edukac., www.nowezalecenia.evmaco.pl
- **30.05.** Warszawa, hotel Sheraton. Pol. Tow. **Diabetologiczne** zaprasza na konferencję: **Obecne wyzwania i przyszłe możliwości pochodnych sulfonylomacznika**. 8 pkt. edukac., www.pochsu.evmaco.pl Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków; evmaco@evmaco.pl www.nowezalecenia.evmaco.pl, www.pochsu.evmaco.pl, tel. 012 429-69-06

- **18-22.05.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kurs na **uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej** w pracowni RTG (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), Testy specjalistyczne urzędzeń RTG (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 601-77-37-51, 609-722-762, faks 065-520-53-87, www.ekoatom.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

- **19-22.05., 16-19.06.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej** – podst.
 - **25-27.05.** **Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci**
 - **1-5.06.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – podst.
 - **29.06.-1.07.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – doskonal.
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 lub 0606- 350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, <http://www.usg.webd.pl/>

- **20-21.05.** Górnośląskie Centrum Kultury w Katowicach, pl. Sejmu Śląskiego 2, sala 204, 211. Stowarzyszenie Zawodowe **Ratowników Medycznych** z siedzibą w Katowicach, pod patronatem naukowym ŚIUM w Katowicach, Virginia Commonwealth University i EMS Global Fundacji Rozwoju Międzynarodowej Medycyny Ratunkowej, organizuje **III Międzynarodową Konferencję „ALERT2009”: Symulacje w medycynie ratunkowej**. Zostaną poruszone problemy związane ze stworzeniem Centrum Symulacyjnego, wyposażenia i możliwości, jakie daje Symulacja Medyczna w procesie edukacji personelu medycznego, wykorzystania jej w doskonaleniu zawodowym lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Warsztaty szkoleniowe (tzw. kioski naukowe), podczas których uczestnicy będą mogli ćwiczyć i podnosić swoje umiejętności zawodowe w zakresie postępowania w stanach zagrożenia życia oraz testowania nowoczesnych urządzeń, które mogą być wykorzystywane w ratownictwie medycznym i szybkiej diagnostyce pacjentów. Koszt uczestnictwa: 50 zł (członkowie SZRM bezpl. - uregulowane składki). Certyfikat z pkt. edukac. Informacje: Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych (Komitet Organizacyjny Konferencji): e-mail: konferencja.alert@tlen.pl lub tel. 668-086-246.

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

- **24-29.05.** **Podstawy echokardiografii**
 - **31.05-5.06.** **USG w ginekologii i położnictwie**
 - **12-14.06.** **Echokardiografia doskonaląca**
 - **16-20.06.** **Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych** – doskonalący
 - **21-26.06.** **Podstawy USG w pediatrii**
 - **28.06.-3.07.** **Diagnostyka USG narządów położonych powierzchownie**
 - **28.06.-3.07.** **Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy**
- Informacje na stronie www.usg.com.pl

- **28-30.05.** Wrocław, Teatr Polski. Międzynar. Symp.: **Okulistyka – nowa diagnostyka, nowe terapie**. Przew. Kom. Nauk. i Org. prof. Marta Misiuk-Hojło. Informacje: www.noweterapie2009.pl

- **30.05.** Ciechocinek. Klinika **Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej** UM w Łodzi i Włocławskie Stow. Lekarzy

Stomatologów, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL, organizuje kurs: **Najczęstsze choroby błony śluzowej jamy ustnej – diagnostyka i postępowanie terapeutyczne**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 694-724-871.

- **5-6.06.** Zabrze. X Jubileuszowe Warsztaty **Kardiologii Inwazyjnej**. XVI Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna. Jubileuszowe warsztaty poświęcone **leczeniu ostrych zespołów wieńcowych i nowościom w kardiologii, kardiochirurgii i transplantologii**. Organizator: Śląskie Centrum Chorób Serca, ul. Szpitalna 2, Zabrze, e-mail: warsztaty2009@op.pl, www.warsztatyzabrze.pl

- **5-7.06.** Olsztyn. Warmińsko-Mazurska OIL zaprasza do udziału w XVIII Ogólnopolskiej Konferencji **Młodych Lekarzy**. Program: www.owmil.olsztyn.pl. Potwierdzenie udziału do 15.05.br.

- **6.06.**, godz. 10, sala im. prof. M. Reichera, Collegium Biomedicum AM, Gdańsk, ul. Dębinki 1. Katedra **Medycyny Rodzinnej** AMG, PTL, POKLR, Pol. Tow. Med. Rodzinnej, zapraszają na kolejną konfer. szkoleniową **Programu Kształcenia Ustawicznego „SEKSTANS”**. Uczestnicy Konfer. otrzymają pkt. edukac. - 10.00 **Moderator**, prof. dr hab. n. med. Janusz Siebert (Kier. Kat. i Zakł. Med. Rodzinnej AMG); - 10.00-10.30 **Zakażenie ośrodkowego układu nerwowego**, dr n. med. Maria Hlebowicz; - 10.30-11.00 **Lekarz rodzinny, a pacjent zakażony HIV**, dr n. med. Małgorzata Lemaska; - 11.00-11.30 Przerwa kawowa; - 11.30-12.00 **Zakażenie retrowirusowe, a ciąża – profilaktyka**, MTCT, dr n. med. Maria Jankowska; - 12.00-12.30 **Zakażenie HIV w kontakcie lekarz - pacjent**, dr n. med. Paweł Jakubowski; (Klinika Chorób Zakaźnych AM w Gdańsku); - 12.30 Sprawy organizacyjne. Program Konferencji „SEKSTANS”: www.ptmr.edu.pl

- **12-13.06.** Podlaski Oddz. Pol. Tow. **Akupunktury** w Białymstoku organizuje szkol.: **Praktyczne stosowanie laserów biostymulujących w medycynie fizycznej i laseropunkturze. Leczenie syndromów bólowych i stanów zapalnych narządu ruchu metodami laseropunktury**. Informacje: ul. Piłsudskiego 17/31A, 15-444 Białystok, tel. 085-652-18-71, 503-629-208.

- **19-20.06.** Zakopane, hotel Belvedere, ul. Droga do Białego 3. Dr med. Hubert Wolski organizuje, pod patronatem naukowym konsultanta woj. małopolskiego w dziedzinie **ginekologii onkologicznej** prof. dr. hab. Zbigniewa Kojasa, XIV Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Postępy w ginekologii onkologicznej**. Informacje, rejestracja on-line: www.trip.pl

- **20.06.** Ciechocinek. Klinika **Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej** UM w Łodzi i Włocławskie Stow. Lek. Stomatologów, pod patr. Kuj.-Pom. OIL, organizują kurs: **Rekonsultacje zębów bocznych. Inlay-Onlay czy odbudowa bezpośrednia?** Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 0694-724-871.

Instytut Dermatologii w Krakowie

- **20.06.** **Testy platkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji**, 11 edycja
 - **28.11.** **Wyprysk: Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie**, nowość
- Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

- **21-23.06.** Warszawa. Pol. Tow. **Mindfulness**, pod patronatem PTL, organizuje cykl wykładów i warsztatów prowadzonych przez prof. med. Uniwersytetu Medycznego w Massachusetts Jona Kabat-Zinna, twórcy MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*): **Praktyka uważności (mindfulness)**. Szczegółowy program warsztatów i wykładów: www.mindfulness.com.pl

- **3-5.09.** Poznań. VII Zjazd Pol. Tow. **Medycyny Rodzinnej. Aktualne problemy ze szczególnym uwzględnieniem praktycznego zastosowania obowiązujących standardów**. Dopelnieniem sesji naukowych i warsztatów będzie atrakcyjny program towarzyski. Mamy nadzieję, że dla środowiska lekarzy rodzinnych poznański zjazd będzie najważniejszym wydarzeniem 2009 r., prof. dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska z zespołem Katedry Medycyny Rodzinnej UM w Poznaniu. Informacje: www.7zjazdptmr.viamedica.pl

- **3-6.09.** Polczyn-Zdrój. Pol. Tow. **Balneologii i Medycyny Fizycznej**, Uzdrawisko Polczyn S.A., Katedra i Zakład Balneologii i Medycyny Fizycznej CM UMK organizują **XXII Kongres Balneologiczny**. Tematy: - **Leczenie uzdrowiskowe chorób dermatologicznych – dermatologia uzdrowiskowa**; - **Leczenie uzdrowiskowe chorób układu oddechowego – pulmonologia i laryngologia uzdrowiskowa**; - **Postępy w: medycynie fizycznej, balneologii, balneochemii, biometeorologii, geologii uzdrowiskowej**. Sesja dydaktyczna dla lekarzy oraz sesja menedżerska dla kierowników zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Informacje i zgłoszenia: Komitet Organizacyjny XXII Kongresu Balneologicznego, 87-720 Ciechocinek, ul. Leśna 3, Dom Zdrojowy, tel./faks 054-283-39-45, www.balneologia.pl

- **9-12.09.** Wrocław, hotel Mercure. 13 Zjazd Pol. Tow. **Ortodontycznego**. Temat przewodni: **Współczesne koncepcje leczenia wad dotylnych**. Informacje: www.zjazdpto.pl lub tel. 071-784-02-99.

- **16-18.09.** Zakopane, hotel Belvedere. XVIII Naukowo-Szkoleniowe Symp. Lekarzy **Stomatologów**. Formularze zgłoszeniowe: www.fp-edu.com.pl, tel. 012-421-18-87, 424-54-42, 22, faks 012-421-21-07.

- **18-19.09.** Międzynar. Kurs Diagnostyki **Fotoalergii** pod patronatem Europ. Tow. **Wyprysku Kontaktowego „Photopatch Meeting & Photopatch Test Course”**. Organizator: Instytut Dermatologii w Krakowie. Wykładowcy: prof. James Ferguson (Dundee), dr Alastair Kerr (Dundee), prof. Cezary Kowalewski (Warszawa), prof. Percy Lehmann (Wuppertal), doc. Joanna Narbutt (Łódź), prof. Peter Schmid-Grendelmeier (Zurich), doc. Radosław Śpiewak (Kraków), prof. Hanna Wolska (Warszawa). Konferencja i kurs w j. angielskim. Informacje i zgłoszenia: www.photopatch.eu

- **24-26.09.** Kraków. III Środkowo Europ. Kongres **Osteoporozy i Osteoartrzy**. XV Zjazd Pol. Tow. **Osteoartrologii** i Pol. Fundacji **Osteoporozy**. Tematy: I. **Osteoporoza** II. **Osteoartrza i inne choroby kości i stawów**. Jęz. wykł.: polski i angielski. Tłum. symultaniczne. Standardowa rejestracja 15.08.br. Informacje: Komitet Organizacyjny, Polskie Towarzystwo Osteoartrologii, ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków, tel. 012-423-20-80, faks 012-430-31-53, www.osteoporoza.org, e-mail: krakow@osteoporoza.org

- **3.10.** Warszawa. IV Konfer. Nauk.-Szkol. z cyklu: **Pierwotne nowotwory tkanek miękkich i kości**. Temat wiodący: **Postępy w leczeniu skojarzonym mięsaków tkanek miękkich**. Konferencji będzie towarzyszyć międzynarodowe spotkanie EORTC Soft Tissue/Bone Sarcoma Group (1-2.10.09). 8 pkt. edukac. Koszt 150 zł. Komitet Organizacyjny: Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości, Centrum Onkologii – Instytut, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. 022-546-21-72, faks 022-643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl, dr n. med. Piotr Rutkowski. Bieżące informacje: www.coi.waw.pl (w zakładce: Zjazdy, Sympozja, Konferencje).

- **3-4.12.** Wrocław, hotel Wrocław. VI Kongres Pol. Tow. **Psychogeriatrycznego**. Temat wiodący: **Psychotyzm i zaburzenia psychiczne w wieku podeszłym**. Pkt. PTP i PTL. Nadsyłania abstraktów wystąpień (do 500 wyrazów) do 15.09.br., wyłonienie zaakceptowanych wystąpień do 15.10.br. Abstrakty przyjętych prac będą wydrukowane w czasopiśmie „*Psychogeriatrya Polska*”. Sekretariat kongresu: AM we Wrocławiu, Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, Katedra i Klinika Psychiatrii, Wybrzeże Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. +(48) 71-784-16-00, faks +(48) 71-784-16-02, e-mail: sekretariat@ptpg.org.pl, www.fozp.org.pl

- **20-22.05.2010 r.** Szczyrk. II Zjazd Pol. Tow. **Tyreologicznego**, IV Konferencja Naukowa: **Rak tarczycy 2010**. Rejestracja wczesna 31.12.09, rejestracja późna 31.03.10, nadsyłanie streszczeń 10.01.10, ocena i kwalifikacja streszczeń 28.02.10. Rejestracja i nadsyłanie streszczeń wyłącznie drogą elektroniczną: www.pgne.edu.pl

opr. u
u.bakowska@gazetalekarska.pl