

5 2010

Gazeta Lekarska

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izby Lekarskich



Sposób na specjalistę

Gazeta Lekarska REKONSTRUKCJA



Po trzynastu latach zrezygnował z dalszego prowadzenia pisma izb lekarskich Marek Stankiewicz, dziennikarz, fotoreporter i redaktor, którego comiesięczne felietony zachwycaly, bulwersowały lub po prostu zapraszały do poświęcenia kilku chwil sprawom korporacji oraz polityki zdrowotnej w Polsce i na świecie.

Drogi Marku! Za słowa otuchy podczas protestów, przysługane dla partaczy, celne riposty, kontrowersyjne opinie, niezależność poglądów i wytrwałość w gromadzeniu materiału o poczynaniach lekarskich na różnych niwach, w imieniu kolegium redakcyjnego dziękuję, życząc Ci niekoniunkturalnej życzliwości ludzkiej na przyszłość.

Czerwcowe wydanie „Gazety Lekarskiej” poprowadzi nowy redaktor naczelny, a już od kilku tygodni trwają dyskusje na temat jej oprawy i zawartości. Stanęliśmy bowiem w sytuacji, kiedy samorząd po dwudziestu latach doczekał się co prawda nowej ustawy oraz wypracował instrumenty organizacyjne, ale lekarze/dentyści nadal nie utożsamiają się ze swoją reprezentacją, a często nie widzą wręcz sensu jej istnienia. To fakt, którego przemilczać dalej się nie da i trzeba odwrócić niekorzystny trend.

Różnice zdań w postrzeganiu roli izb są naturalnym biegiem zdarzeń. Pokazują, jak wiele spraw jest do załatwienia, jak wiele dróg prowadzi do osiągnięcia podobnych celów dla dobra wspólnego, ale przede wszystkich dla godnego życia człowieka, który wybrał jeden z dwóch wolnych zawodów medycznych. Trudność polega na tym, że nie potrafimy wiarygodnie mówić do społeczności stuipięcdziesięcio-tysięcznej, kiedy każdy z nas jest indywidualnością, którą potęguje dodatkowo wielość pokoleń i sposobów wychowania, doświadczenie, miejsce i specyfika pracy, zamieszkanie. Poza tym nie samym chlebem lekarz żyje, a spektrum zainteresowań koleżanek i kolegów zaskakuje, i zachwyca, pokazując nieprzeciętne możliwości intelektualne i fizyczne środowiska.

Nieodzownym narzędziem do wewnętrznej dyskusji, wyrażania opinii i przedstawiania analiz powinna być „Gazeta Lekarska”. Od września postaramy się ją zrekonstruować w taki sposób, aby oprócz dotychczasowych walorów nie wypełniała jedynie ustawy, ale wsłuchiwała się w polemikę, godziła różne racje. To wszystko z jednym zastrzeżeniem, że podważanie istnienia samorządu lekarskiego na jej łamach uznamy za zbyt prymitywne w rozwiązywaniu problemów, z jakimi każdy z praktykujących i emerytowanych lekarzy codziennie się boryka.

Naszym zamiarem jest także otwarcie się na propozycje poszczególnych okręgów, biuletynów izbowych, komitetów organizacyjnych wielu imprez lekarskich, w tym kulturalnych, opisywanie zjawisk, które mają ogólnopolski charakter lub mogą być pouczające i intrygujące nie tylko lokalnie. Będziemy prosić o pomoc w takich wypadkach, aktywizując redaktorów i fotoreporterów z 24 ośrodków, które współtworzą samorządową strukturę. Dodatkowo w niedalekiej przyszłości planowane jest uruchomienie portalu internetowego, gdzie na bieżąco będzie można znaleźć interesujące zagadnienia.

„Gazeta Lekarska” jest pismem renomowanym i szanowanym przez reklamodawców, dzięki którym może być kolportowana do każdego lekarskiego domu i bez których nie mogłaby istnieć. Aby wiarygodność tę utrzymać, ale przede wszystkim, aby zgodnie z nazwą gazeta była l e k a r s k a , trzeba jej rekonstrukcji i wyzwolenia nowej energii w samorządowej rodzinie lekarzy i lekarzy dentyistów.

Jarosław Wanecki
przewodniczący kolegium redakcyjnego „GL”

W numerze między innymi

Sposób na specjalistę	4-5
Okiem Prezesa	5
Pacjent ma również obowiązki	6-7
Rozmowa to podstawa	8-9
Co nowego w Brukseli?	9
Prawda (?) o zarobkach lekarskich	10-13
Wciąż obchodzi mnie Polska	12-15
Flirt z Big Pharmą	16-17
U stomatologów	18-19
Pacjenci ignorują lekarzy	20-21
Zginęli na posterunku	22-25
Kardiochirurg z technicznym zacięciem	26-27
Przychodzi lekarz do prawnika	30-31
Mediator w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej	32-35
Automatyczne uznawanie kwalifikacji zawodowych	34
Godność stanu lekarsko-dentystycznego	38-39
Lekarski sport	40-45
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	46-47
Książki nadesłane	48-50
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	52-59
Ogłoszenia różne	59-61
Biuletyn NRL	51

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

Sposób na specjalistę

Agnieszka Katrynicz

Ministerstwo Zdrowia ma pomysł, jak załatać dziurę pokoleniową wśród specjalistów. Młodzi lekarze będą mogli wykonywać wiele badań nie czekając na zdobycie specjalizacji. Wystarczy certyfikat umiejętności.

Takie rozwiązanie przewiduje projekt nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza. Zakłada, że kilkadziesiąt badań i zabiegów będą mogli wykonywać lekarze, którzy przejdą kilkumiesięczne szkolenie (patrz: ramka). Jak uzasadnia ministerstwo, dzięki temu zmniejszą się kolejki i rozwiązany zostanie problem braku specjalistów. To także kolejny krok w stronę skracania czasu dojścia do specjalizacji – wcześniej padła propozycja, by zrezygnować ze stażu podyplomowego.

USG dla każdego

Zdaniem prof. Jerzego Kruszewskiego, przewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Naczelnej Rady Lekarskiej to dobry pomysł. – Może to przyspieszyć kształcenie podyplomowe – mówi. – Ogromna rzesza przyszłych interni-

stów będzie zapewne zainteresowana umiejętnością wykonywania badania USG. Z kolei pediatrizy będą chcieli posiadać umiejętność opisywania zdjęć rentgenowskich. A lekarze rodzinni mogliby zdobyć dodatkowe umiejętności z dziedziny dietetyki.

Podobne zdanie ma większość naszych rozmówców. Ich zdaniem na zmianach skorzystają młodzi lekarze. Dziś już wielu z nich lepiej niż starsi koledzy radzi sobie z obsługą zaawansowanego sprzętu. Ale na razie dla pracodawcy są mniej atrakcyjni, bo muszą być nadzorowani przez specjalistów.

Ważne szczegóły

Jednak diabeł tkwi w szczegółach. Projekt zakłada np., że zaraz po uzyskaniu dyplomu młody lekarz mógłby przejść szkolenie, które ma być zakończone

Przykładowe umiejętności do zdobycia

- angiologia inwazyjna
- bronchoskopia
- USG
- chirurgiczne leczenie otyłości
- cytologia
- echokardiografia
- endoskopia przewodu pokarmowego czyli gastroskopia
- implantologia stomatologiczna
- kardiologia interwencyjna
- leczenie żywieniowe czyli m.in. porady z zakresu dietetyki
- medycyna rozrodu czyli leczenie niepłodności

państwowym egzaminem umiejętności. – Już dziś wiadomo, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego nie jest przygotowane do przeprowadzania takich egzaminów – mówi Grzegorz Krzyżanowski, wiceprezes łódzkiej izby. Działacze samorządu wyrażają też obawy, że wprowadzenie certyfikatów spowoduje pojawienie się nowych wymogów NFZ-u. – Może się okazać, że wszyscy lekarze będą musieli mieć certyfikaty, chociaż większość tych umiejętności i tak wchodzi w zakres specjalizacji, bo w końcu trudno wyobrazić sobie ginekologa, który nie potrafi zrobić USG – mówi Krzyżanowski.

Wymóg, by specjalista z np. 20-letnim stażem jeszcze raz potwierdzał swoje umiejętności zdobywając certyfikat na pierwszy rzut oka wydaje się absurdalny, ale obawy te nie są bezzasadne. Ostatnio Fundusz zaczął wymagać, żeby wszystkie szpitale, bez względu na profil, miały aparat RTG (słynny już przypadek szpitala dermatologicznego), czy też by na każdym oddziale interni-

stycznym był Holter. – Brakuje jeszcze, by każdy oddział miał swój, oddzielny blok operacyjny – mówi z przekąsem prof. Kruszewski.

Istnieje więc obawa, żeby ta – słusza – idea nie została wypaczona.

– Ważne będzie, by szkolenia na certyfikaty stanowiły jeden z etapów drogi do specjalizacji, a nie były dodatkowym obowiązkiem – mówi Grzegorz Napiórkowski, przewodniczący Stowarzyszenia Młodzi Lekarze. – Inaczej skutek będzie odwrotny do zamierzonego, bo efekt będzie taki, że np. zrobienie specjalizacji internisty w ciągu pięciu lat będzie niemożliwe.

W ten sposób kolejki zamiast się skrócić to jeszcze się wydłużą. Nie bez znaczenia, szczególnie dla młodych lekarzy na początku swojej drogi kariery, będą także koszty takiego szkolenia. – Będziemy apelować, by te wydatki można było odpisać od podatku – mówi Krzyżanowski.

Bez jakiejś formy wsparcia finansowego z pewnością nie znajdą się chętni do wcześniejszego zdobywania umiejętności. – Każdy z nas i tak skupia się na zdobyciu specjalizacji, a jeśli na kursy trzeba będzie wydać z własnej kieszeni, to z pewnością liczba chętnych będzie minimalna – dodaje Napiórkowski.

Co z bezpieczeństwem?

Czy jednak zbyt pospieszne nadanie prawa do samodzielnego diagnozowania i wykonywania zabiegów nie będzie zagrażało zdrowiu pacjentów? Czy nie grozi nam sytuacja, w której do znieczulenia operacyjnego przystępuje quasi-anestezjolog? Prof. Kruszewski zapewnia, że nie ma takiej możliwości. A wręcz przeciwnie, bo dzisiaj młodzi lekarze bez specjalizacji wykonują wiele badań pod okiem starszych, wykwalifikowanych kolegów. Dla przykładu w szpitalach kardiologicznych wykonują np. echokardiografię, badanie decydujące o zakwalifikowaniu chorego do operacji. Pomysłodawcy projektu zapewniają, że certyfikat umiejętności da nam gwarancję, że dany zabieg wykonywany będzie w pełni profesjonalnie i bezpiecznie. Podobne systemy dokształcania działają zresztą od wielu lat w większości państw europejskich. Różnica jest jednak zasadnicza – w większości państw UE młody lekarz wybiera spośród 30-40 specjalizacji, u nas jest ich ponad 70. – Do tego dochodzi około 55 umiejętności do zdobycia – podkreśla Krzyżanowski. – Najwyższy czas rozpocząć dyskusję na temat ograniczenia liczby specjalizacji i kursów.

Okiem Prezesa

Kwiecień 2010 już zawsze będzie nam się kojarzył z tragedią narodową, tak jak kwiecień 1940 kojarzył się wielu ze zbrodnią katyńską.

Zawsze, kiedy przychodzi śmierć, szukamy przyczyn, realnie analizujemy szczegóły. Tym razem jednak miało się wrażenie, że to nie rzeczywistość, że to film, sen, fikcja doskonale wyreżyserowana dla podniesienia emocji. Wiele z nas nigdy nie zapomni tych zdjęć, zniczy, wracających do kraju trumien i modlitw nad nimi. Ale przede wszystkim nikt z nas nie zapomni ludzi, którzy zginęli.

Tak nagła śmierć Wielkich Polaków spowodowała pustkę w naszych sercach. Wśród tych, którzy zginęli, byli też lekarze. Wojciech Lubiński leciał jako lekarz Prezydenta – odszedł „będąc na służbie”. Bronisława Orawiec-Löffler była siostrzenicą oficera zamordowanego w Katyniu i chciała złożyć mu hołd – dołączyła do Niego.

Wierzę, że jeszcze nie raz wspomnimy 96 osób, które tworzyły Polskę. Wierzę też, że ich śmierć nie pozwoli nam zapomnieć o wszystkich ofiarach, w tym 650* Kolegach lekarzach pomordowanych w Katyniu, Charkowie, Miednoje. Grobowiec na Wawelu, w którym pochowano Prezydenta Lecha Kaczyńskiego, ma być miejscem pamięci Ich wszystkich.

Cześć Ich pamięci.

Dziękuję wszystkim, którzy razem ze mną uczestniczyli w uroczystościach pogrzebowych i dokonywali wpisów w księgach kondolencyjnych.

Zrozumiałe jest, że w obliczu tragedii wszystko schodzi na boczny plan, odłożono zaplanowane spotkanie z ministrem zdrowia. Chciałbym w tym miejscu wyrazić uznanie dla pani minister Ewy Kopacz, która zaangażowała się w prace związane z identyfikacją zwłok po katastrofie pod Smoleńskiem. Postawa pani minister koordynującej działania oraz lekarzy medycyny sądowej, patomorfologów – rosyjskich i polskich – zasługuje na wyjątkowy szacunek. Nawet trudno myśleć o ich emocjach, takie badania to ogromny bagaż psychiczny, ale również doświadczenie naukowe. Chcielibyśmy spotkać się z nimi, zaprosić zarówno do Warszawy, jak i do Torunia – na Kongres Polonii Medycznej.

Mimo odwołanych spotkań problemy w ochronie zdrowia nie tracą na swojej aktualności. Tematów jest bardzo wiele: kształcenie podyplomowe, standardy w świadczeniach opieki zdrowotnej, prywatyzacja szpitali, udział samorządu terytorialnego w rozwoju jednostek ochrony zdrowia, informatyzacja w opiece zdrowotnej, czas oczekiwania na świadczenia, badania kliniczne, kampania antytytoniowa czy bezpieczne stosowanie promieniowania jonizującego. W przypadku tego ostatniego, zwróciliśmy się do ministra zdrowia z prośbą o wskazanie dokumentów Komisji Europejskiej lub innych uprawnionych jednostek Wspólnoty Europejskiej, które stanowiły podstawę do określenia poszczególnych wymogów w projekcie rozporządzenia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Obawiamy się bowiem, iż w rzeczywistości tak rygorystyczne wymogi nie istnieją, forsowane zapisy nie mają merytorycznego uzasadnienia, a powodują powstanie obowiązków, które oczywiście obciążają skutkami finansowymi obywateli, a nie organy władzy i stwarzają wrażenie, że zostały opracowane na zamówienie określonych grup interesu.

Maciej Hamankiewicz

*za: „GL” 4/2000 i 2/2001 gdzie opublikowano listę lekarzy pochowanych w Katyniu, Charkowie i Miednoje.



www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

nr 5 (233)

5

maj 2010

Gazeta Lekarska

maj 2010

4

nr 5 (233)

Gazeta Lekarska

rys. Małgorzata Gnyś



Pacjent ma również obowiązki

Piotr Dzierżowski

Prawa pacjenta są nieodzownym i niezwykle ważnym elementem w świadczeniu usług medycznych.

O tym jak są ważne może świadczyć choćby ogromna ilość aktów prawnych normalizujących je – Karta Praw Pacjenta, cały szereg deklaracji, konwencji itp. Warto jednak pamiętać, że pacjenci mają również swoje obowiązki.

Świadomość praw wśród pacjentów jest bardzo duża, znają swoje prawa doskonale i ich wiedza na ten temat ciągle rośnie. Należy jednak pamiętać o tym, że oprócz swoich praw mają także i obowiązki, których powinni przestrzegać.

Prawa pacjenta są bardzo modnym aktualnie tematem, często się o nich mówi, wszędzie można o nich przeczytać. Natomiast znajomość obowiązków w naszym społeczeństwie jest równa niemalże zeru i pozostaje w cieniu. Odnoszę wrażenie, że jest to temat jakby celowo przemilczany i pomijany. Tymczasem obowiązki pacjenta są zapisane choćby w regulaminach ZOZ-ów. Warto podkreślić, że nie można prowadzić procesu leczenia pacjenta, który nie zna swych obowiązków, a co za tym idzie nie stosuje się do nich. Nie sposób leczyć człowieka, który nie przyjmuje zaleconych leków lub samowolnie zmienia ich dawkowanie, nie wykonuje zaleconych badań lub nie okazuje ich wyników lekarzowi, nie zjawia się na wyznaczone wizyty kontrolne, nie przestrzega abstynencji lub też nie odnosi się z szacunkiem do personelu medycznego.

W procesie świadczenia usług medycznych musi istnieć pewna równowaga między pacjentem i lekarzem. Równowaga oparta na zaufaniu i wzajemnym szacunku. Jest ona zachwiana na niekorzyść pracowników sektora medycznego.

Przyczyny agresji

W „Gazecie Lekarskiej” z kwietnia br. w artykule „Przepraszam, czy tu biją?” padło stwierdzenie, iż najczęstszym

powodem agresji jest przelewianie na lekarzy gniewu za niedoskonałości systemu opieki zdrowotnej. Myślę, że jest to całkowita prawda, ale można to odnieść bardziej do oddziałów szpitalnych lub poradni specjalistycznych. Trudno się dziwić cierpiącemu pacjentowi, który musi czekać na zabieg np. endoprotezoplastyki dwa lata albo np. na wizytę w poradni kardiologicznej kilka miesięcy.

Jako lekarz POZ-u dostrzegam jednak inne przyczyny niezadowolenia i agresji pacjentów. NFZ określił zasady postępowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Są to zasady jasne, przejrzyste, w prosty sposób określające co do kogo w medycynie należy. Jednak, niestety, nie wszyscy lekarze się do nich stosują. Wielokrotnie się zdarza, że pacjent wypisywany ze szpitala nie zostaje zaopatrzonego w odpowiednie dokumenty – skierowania do poradni specjalistycznych, zwolnienia lekarskie czy też nawet recepty. Odsyłany z tym jest do lekarza rodzinnego. Podobnie w przypadku stałego leczenia w poradni specjalistycznej, gdy lekarz specjalista ma obowiązek wykonać konieczne badania kontrolne, wydać na nie skierowania i pokryć ich koszty, stara się bezpodstawnie obciążyć tym lekarza rodzinnego, który w takim przypadku badań tych nie musi wykonywać. Chory traci czas, jeżdżąc niepotrzebnie od jednej poradni do drugiej, co może budzić w nim całkiem uzasadniony gniew. Uważam, że gdyby wszyscy lekarze sumiennie wykonywali swoje obowiązki, które są zawarte w umowach z NFZ-em, a nie wysługiwali się innymi, sytuacja na pewno uległaby poprawie. Jednocześnie uważam, że należy dążyć do tego, aby pacjent był jak najbardziej uświadomiony co do obowiązków lekarzy. Aby wiedział, czego może wymagać w momencie

zakończenia hospitalizacji od lekarza, który go wypisuje, czego może wymagać od lekarza specjalisty, który sprawuje nad nim stałą opiekę, a czego od lekarza rodzinnego.

Zwiększenie tej świadomości sprawiłoby zmniejszenie ilości niepotrzebnych, drażliwych, „podbramkowych” sytuacji w naszych gabinetach.

Agresja – jak się bronić?

Kilka lat temu stanąłem przed bardzo poważną decyzją odmówienia pacjentowi świadczeń medycznych. Pacjent był bardzo roszczeniowy, wymuszał na nas wykonywanie całego szeregu badań, które nie były mu do niczego potrzebne, a jego żądania ciągle rosły. Był agresywny. Nie były to pojedyncze, sporadyczne sytuacje. Każda wizyta w przychodni kończyła się wywołaniem przez niego awantury. Czując się całkowicie bezkarny od roszczeń przeszedł do ordynarnych wyzwisk, a pewnego dnia nawet do rękoczynów. W moim gabinecie złapał mnie za ubranie i zaczął szarpać. Byłem zmuszony wezwać wtedy policję, prosząc o interwencję. Człowiek ten w tym momencie oczywiście uciekł z przychodni i rozmowa z funkcjonariuszami miała miejsce w jego domu. Nie mogłem więcej tolerować takiego zachowania. Po krótkiej naradzie z całym personelem i przeanalizowaniu sytuacji, podjęliśmy decyzję o odmowie dalszego leczenia.

Zatrudniani przeze mnie lekarze złożyli mi, jako szefowi ZOZ-u, pisemne oświadczenia, w których poinformowali mnie o tym, że nie chcą go dalej leczyć. Pacjenta poinformowałem pisemnie o tym, że nie możemy dalej sprawować opieki medycznej i wskazałem mu lokalizację najbliższych położonych ośrodków, gdzie mógłby kontynuować leczenie. Wszystko

oczywiście było bardzo dokładnie udokumentowane w jego historii choroby. Następnie o swojej decyzji poinformowałem NFZ, szczegółowo opisując sytuację i motywując swoją decyzję. Do tego pisma dołączyłem oświadczenia lekarzy i notatkę z interwencji policji. W oddziale NFZ-u moja odmowa nie była zbyt wielkim zaskoczeniem, gdyż jak się okazało pacjent ten już od kilku miesięcy składał na mnie regularnie bezpodstawne skargi.

Wtedy dopiero rozpuściła się prawdziwa burza wokół mojej osoby. Człowiek ten złożył doniesienie na policję, oskarżając mnie o jakies przestępstwa. Byliśmy wszyscy przesłuchiwani. Policja umorzyła postępowanie, a prokuratura to zatwierdziła. Następnie złożył na mnie skargę do izby lekarskiej. Musiałem złożyć wyjaśnienia rzeczownikowi odpowiedzialności zawodowej lekarza, ten jednak również nie dopatrzył się żadnej winy z mojej strony. Nie mając innych możliwości odwetu zaczął rozgłaszać sprawę w prasie. Dziennikarze, z którymi rozmawiałem, zrobili oczywiście z niego świętego, a mnie wdeptali w „błoto”. Nie spodziewałem się zresztą niczego innego.

Lekarz może się bronić

Jaki był efekt mojej decyzji? Pacjent przepisał się do innego ośrodka, gdzie zachowuje się wyjątkowo grzecznie i kulturalnie. Zdał sobie bowiem sprawę, że agresja do niczego nie prowadzi, a lekarz może się bronić. Lekarze i pielęgniarki w mojej przychodni odetchnęli z ulgą, podobnie jak pacjenci, którzy wiedząc, że ten człowiek już się nie pojawi, mogli spokojnie i w miłej atmosferze oczekiwać na wizytę w gabinecie.

Szanowne Koleżanki i Koledzy! Pamiętajmy o tym, że w ściśle uzasadnionych przypadkach mamy prawo do podjęcia decyzji odmowy leczenia. Przyszliśmy, że będziemy dbać o godność zawodu lekarza. Nie pozwólmy więc na to, aby nas bezkarnie poniżano, zasługujemy na choć odrobinę szacunku. Proces naprawy całej tej sytuacji wymaga czasu, ale mam głęboką nadzieję, że pewnego dnia w naszych gabinetach zapanuje spokój, a pojęcie „agresywnego pacjenta” będzie jedynie historią i przykrym wspomnieniem.

Autor jest lekarzem POZ, praktykuje w Suraziu (woj. podlaskie).

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów

na

szkolenia

**w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie, ul. Jana Sobieskiego 110**

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**
część I: 20 VIII, 17 IX, 1 X 2010;
część II: 27 VIII, 24 IX, 8 X 2010

**Doborowa kadra
wykładowców**

Warsztaty: **Techniki negocjacji**
2 VII, 6 VIII, 7 IX 2010

**Szkolenie bezpłatne
dla członków
izb lekarskich**

**Radzenie sobie ze stresem
i przeciwdziałanie
wypaleniu zawodowemu**
24 V, 14 VI, 28 VI 2010

**Jak pracować z trudnym pacjentem
– wstęp do umiejętności komunikacyjnych**
4 V, 5 V, 10 V, 18 V, 19 V, 21 V, 25 V, 26 V 2010

**Asertywność i rozwiązywanie konfliktów
w relacji lekarz-pacjent**
17 V, 31 V, 7 VI, 21 VI 2010

**Uczestnicy otrzymują
punkty edukacyjne**

Jak pomóc uzależnionemu koledze?
terminy wkrótce

Planowane zorganizowanie kursu
**Prawo medyczne – najnowsze regulacje prawne dotyczące
wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty**

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86,

faks 022-559-02-70;

e-mail: odz@hipokrates.org

www.odz.nil.org.pl

**Zapraszamy
na stronę 63**

Rozmowa to podstawa

Coraz częściej do gabinetów trafiają pacjenci agresywni, roszczeniowi, nie stosujący się do zaleceń, niegrzeczni czy wręcz brutalni. Jak się przed nimi bronić?

Niestety, na studiach nie uczą jak sobie radzić z trudnym pacjentem. Nie uczą też, jak motywować pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich. Nie ma też zajęć ze sztuki komunikacji z chorymi. A tymczasem umiejętność utrzymania relacji z pacjentem jest najbardziej pożądana w momencie konfrontacji z pacjentem konfliktowym. – Warto pamiętać, że pacjentom lekarzy trudno lubić, bo są wszechwładni, decydują o ich zdrowiu, a czasem także życiu – mówi Hanna Hamer, doktor psychologii społecznej i klinicznej, wykładowca Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego oraz Wyższej Szkoły Pedagogicznej ZNP, prowadząca szkolenia dla lekarzy w ramach Ośrodka Doskonalenia Zawo-

REKLAMA

dowego NIL. – Dlatego rozmowa jest tak ważna. Lekarz musi pokazać pacjentowi, że jest jego partnerem.

Zbigniew Kowalski, ekspert ds. relacji lekarz–pacjent i sekretarz grupy roboczej ds. edukacji pacjentów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, nazywa to neurologiczną odpowiedzialnością. Lekarz stara się znaleźć rozwiązanie trudnych emocjonalnie sytuacji.

– Analogiczne do zjawisk w świecie przyrody są dwa rodzaje reakcji w sytuacji ataku: uciekaj lub walcz – tłumaczy Zbigniew Kowalski. – Lekarz może wyjść z gabinetu i się rozplakać, czyli uciec lub obrazić pacjenta, czyli podjąć walkę.

Trzy błędy

Istnieje model, potocznie nazywany pułapką trójkąta dramatycznego, który mówi o trzech

najczęściej popełnianych błędach w dystrybuowaniu odpowiedzialności. Jego twórca, Stephen Karpman, opisuje rodzaje negatywnych zachowań lekarza, które wpływają na jakość relacji. Pierwszy błąd polega na wcielaniu się w rolę ofiary. Kiedy pacjent narzeka na swoje ciężkie życie, utrudniony dostęp do leczenia, lekarz stara się wykazać, że ma jeszcze gorzej, a jego problemy są jeszcze większe, bowiem zmuszony jest walczyć z całym systemem, dyrekcją lub NFZ-em itd. – W tym przypadku ofiara

zrzuca odpowiedzialność mówiąc: to nie ja jestem odpowiedzialny, że tak źle się czujesz, ani ty, ale winny jest system, dyrekcja, Fundusz. Cokolwiek, byle zrzucić winę i odpowiedzialność. Efekt? Pacjent nie jest zachęcony do leczenia i stosowania się do zaleceń lekarza – tłumaczy Zbigniew Kowalski.

Drugi błąd to wchodzenie w rolę ratownika, biorącego na siebie za dużo odpowiedzialności i chcącego wszystko zrobić za pacjenta, bo tak jest szybciej i łatwiej.

Trzecią opcją jest wybranie roli przesładowcy, który przerzuca całą odpowiedzialność na swojego pacjenta, oskarżając go, że nie stosuje się do jego zaleceń, więc jest sam sobie winien. – Aby uniknąć tych pułapek należy pacjentowi udzielić pełnej informacji o jego stanie zdrowia, zachęcić go do leczenia i udzielić mu wsparcia – podkreśla Hanna Hamer. – Lekarze muszą nauczyć się asertywności w kontaktach z pacjentem.

Przydatne techniki

Nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem może ułatwić postawienie go w sytuacji, gdy on sam ma dokonać wyboru, oczywiście po wcześniejszym przedstawieniu mu diagnozy i metod leczenia. Dobrze jest także pozytywnie zmotywować pacjenta, pokazując mu jak dana terapia może polepszyć jakość jego życia. – Pozytywna motywacja jest znacznie lepsza niż straszenie, bo przestraszony pacjent odrzuci diagnozę i nie zastosuje się do terapii, szczególnie jeśli rozpoznanie dotyczy chorób nowotworowych – podkreśla Hamer. – W takich przypadkach lepiej, jeśli lekarz użyje sformułowań typu „musimy się tym zająć jak najszybciej”, pokazując niejako, że odpowiedzialność jest dzielona na dwoje.

A co w przypadkach pacjentów nastawionych roszczeniowo, którzy – a takie przypadki zdarzają się coraz częściej – przychodzi do gabinetu już z postawionym przez siebie rozpozna-

niem i oczekuje, że lekarz wystawi mu odpowiednie skierowania? Tu pomocna może być tzw. technika zdartej płyty, czyli powtarzanie jednego zdania, stwierdzenia do skutku, tzn. aż pacjent zrozumie, że dane leki czy badania nie są mu wcale potrzebne. Ostatecznie można się uciec do zdania-kłucza „rozumiem czego pan/pani ode mnie oczekuje, ale nie jestem w stanie pomóc”. Spokój należy zachować szczególnie przy pacjentach napastliwych, agresywnych. – W takiej sytuacji mówienie proszę się uspokoić tylko dolewa oliwy do ognia – tłumaczy Hanna Hamer. – Lepiej jest użyć stwierdzenia w stylu „skoro tak pan stawia sprawę, to widocznie coś w tym jest”.

W psychologii nazywa się to techniką zasłony z mgły. Oczywiście wcześniej warto zadbać o swoje własne, fizyczne bezpieczeństwo.

Etyka kontra pacjent

– Relacje między lekarzem a pacjentem psują się, gdy zaczynają się od wzajemnych oczekiwań – podkreśla Hamer.

A jest to bardzo częsta sytuacja. Dr Barbara Czerska, etyk i psycholog, uważa, że w Polsce możemy mówić o „wyzysku moralnym lekarzy”, szczególnie w kontekście leczenia onkologicznego. – W sytuacji skrajnie trudnej, jaką jest choroba nowotworowa, spotyka się dwoje ludzi: pacjent i lekarz. W Polsce lekarz ma problem, który scharakteryzował prof. książdź Józef Tischner: „w filozofii marksistowskiej pojęcie wyzysku to jest pojęcie, które służy powiedzeniu, że za pracę płaci się za mało. W Polsce mamy do czynienia ze szczególnym wyzyskiem, który nie sprowadza się do tego, że za pracę się mało płaci, ale do tego, że lekarzy działających zgodnie z pewnymi etycznymi zasadami zmusza się do działania wbrew tym etycznym zasadom” – mówi.

Warto tu przypomnieć, że Kodeks Etyki Lekarskiej mówi, że lekarz ma zapewnić swojemu pacjentowi optymalne, niezbędne leczenie, nie zważając na naciski administracyjne.

Agnieszka Katrynicz

Tekst powstał m.in. na podstawie szkolenia „Jak pracować z trudnym pacjentem. Wstęp do umiejętności komunikacyjnych” organizowanego przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL

Co nowego w Brukseli?

Witamina D – wezwanie do działania w Europie (w Polsce też!)



23 marca Stały Komitet Lekarzy Europejskich współorganizował konferencję w Parlamencie Europejskim, podczas której licznie zgromadzeni europarlamentarzyści i politycy kilku krajów Unii mogli dowiedzieć się o roli witaminy D dla zdrowia człowieka oraz o tym, jak państwa mogą pomóc swoim obywatelom w lepszym wykorzystaniu tej wiedzy.

Coraz doskonalsza i żywiołowo rozwijająca się medycyna naprawcza prowadzi czasem do tego, że zapomina się o ważnej roli profilaktyki we wszystkich jej wymiarach. Lekarze powinni być bardziej zaangażowani w zachęcanie pacjentów do podejmowania działań z zakresu prewencji, które zapobiegają rozwojowi chorób, a także zalecanie takich, które zmniejszają wpływ istniejącej choroby (poprzez przywrócenie normalnej funkcji narządów oraz zmniejszenie powikłań z nią związanych) na ich stan zdrowia. Lekarze naciskając na polityków nie powinni też zapominać, że istnieją możliwości zapobiegania chorobom i ich skutkom poprzez odpowiednie regulacje oraz działania podejmowane przez władze publiczne.

W pracy z pacjentami lekarze mogą być bardziej aktywni w promowaniu zdrowego stylu życia, ale nie powinni zapominać o autorytecie, jakim jako środowisko cieszą się w społeczeństwie – to można wykorzystać dla promowania działań z zakresu zdrowia publicznego. Z jednej strony należy zalecać odpowiednie działania pacjentom, z drugiej – zwracać uwagę władzom publicznym, jakie środki zapobiegawcze można podejmować, aby zapobiec lub spowolnić rozwój chorób mających charakter społeczny i często prowadzących do niepełnosprawności. Organizacje osób wykonujących zawody medyczne, zwłaszcza lekarzy, muszą również doradzać opinii publicznej i politykom, jak racjonalizować siły i środki angażowane w ochronę zdrowia.

Rozpowszechnienie występowania niedoboru witaminy D szacuje się na ponad 50% populacji europejskiej. Problem ten jest przykładem idealnego pola do współpracy różnych sił na rzecz zdrowia publicznego.

Niski poziom witaminy D powoduje choroby polegające na zmięczeniu kości (krzywicę u dzieci oraz osteomalację i osteoporozę u dorosłych), prowadząc do deformacji kości i złamań oraz degradacji chrząstki prowadzących do niepełnosprawności. Jest także czynnikiem ryzyka dla niektórych chorób nerwowo-mięśniowych (np. stwardnienia rozsianego) i zaburzeń immunologicznych (niedobór odporności), a według najnowszych danych również podwyższa ryzyko wystąpienia raka okrężnicy, prostaty i nerki, może pogorszyć przebieg astmy i przyczyniać się do wielu innych problemów zdrowotnych.

Poprzez podjęcie stosunkowo tanich i bezpiecznych środków wszystkich tych poważnych i kosztownych problemów można uniknąć. W szczególności są twarde dowody na to, że można łatwo obniżyć ryzyko upadków i złamań u osób starszych (nawet o ponad 20%) przez uzupełnienie ich diety 800-1000 jednostek witaminy D na dobę. Można to uzyskać na skalę społeczną poprzez dodawanie witaminy D do codziennych produktów spożywczych. Wymaga to dalszych badań i ewentualnie zmiany przepisów dotyczących dodatków do żywności.

Wszystko jednak wskazuje na to, że już sama popularyzacja zwykłej suplementacji witaminy D (być może z dodatkową zachętą w postaci odpowiedniej polityki refundacyjnej) może doprowadzić do istotnej poprawy stanu zdrowia populacji (zwłaszcza ludzi starszych), zmniejszenia liczby inwalidów wymagających bezpośredniej opieki osób trzecich oraz znacznych oszczędności w systemie ochrony zdrowia.

Konstanty Radziwiłł

Prawda (?) o zarobkach lekarskich

Agnieszka Katrynicz

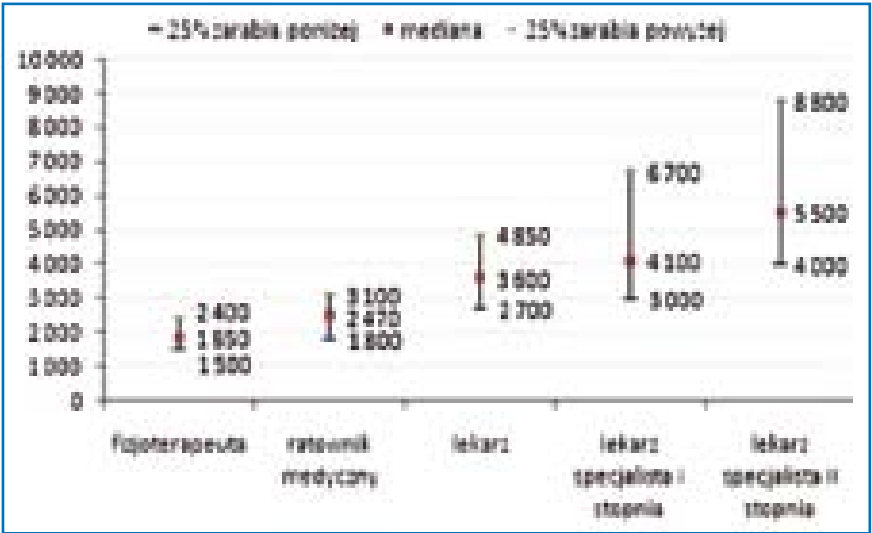
Ochrona zdrowia to od lat jedna z najniżej opłacanych branż gospodarki

W 2009 r. mediana miesięcznych płac brutto wyniosła 2800 zł i była o 44 proc. niższa niż w sektorze technologii informatycznych (IT). Gorzej zarabiali się tylko w nauce i szkolnictwie oraz kulturze i sztuce. Dlatego jeśli Polska gospodarka ma nadążyć za krajami UE, pracownicy ochrony zdrowia muszą dostać znaczne podwyżki.

Takie są wyniki Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń 2009 przeprowadzonego przez firmę Sedlak & Sedlak. – Widać, że politycy i niektóre media zarzucające lekarzom, że za dużo zarabiają, nie mają racji. Polscy lekarze nie są przepłacani, a w porównaniu z zarobkami ich kolegów w innych krajach UE są wręcz źle opłacani – podkreśla Kazimierz Sedlak, dyrektor Sedlak & Sedlak. Jednocześnie dodaje, że zawód lekarza zajmuje zwykle czołowe miejsca w różnorodnych rankingach najbardziej szanowanych i prestiżowych profesji.

WYKRES 1.

Wynagrodzenia całkowite w służbie zdrowia na wybranych stanowiskach w 2009 r.



Źródło: Ogólnopolskie Badanie Wynagrodzeń przeprowadzone przez Sedlak & Sedlak w 2009

TABELA 1.

Mediana wynagrodzeń całkowitych w służbie zdrowia w miastach różnej wielkości w 2009 r.

szczebel (w tys.)	do 20	20-100	100-400	400-850	Warszawa
pracownik szeregowy	1 940	2 006	2 205	2 300	2 625
specjalista	2 538	2 510	3 100	3 100	4 000
starszy specjalista	3 050	3 500	3 770	3 600	4 250
kierownik	3 850	4 158	4 500	4 864	5 750

Źródło: Ogólnopolskie Badanie Wynagrodzeń przeprowadzone przez Sedlak & Sedlak w 2009

Najlepsi specjaliści

Praktycznie w każdym kraju lekarze to najlepiej opłacany zawód, a ich zarobki są co najmniej dwa razy wyższe od średniej krajowej. Dlaczego? Odpowiedź jest stosunkowo prosta: to jeden z najtrudniejszych zawodów na świecie. Praca w nim poprzedzona jest bardzo długimi i trudnymi studiami, a to dopie-

ro początek długiej drogi – żeby zostać specjalistą, należy odbyć kilkuletni staż i zdać kolejne egzaminy. Nakłady i wysiłek potrzebny do otrzymania prawa wykonywania zawodu lekarza są kilkakrotnie większe niż w innych zawodach.

Inna sprawa to złożoność i zakres wykonywanej pracy. – Patrząc na to z punktu widzenia „wartości pracy”, z całą pewnością można stwierdzić, że wynagrodzenia, jakie otrzymują lekarze zatrudnieni w państwowej służbie zdrowia, są zdecydowanie za niskie. Pensje podstawowe w wysokości 3-5 tys. zł brutto są niższe niż w górnictwie czy energetyce, chociaż praca jest dużo bardziej skomplikowana i odpowiedzialna – mówi Sedlak.

Prywatne – lepsze

Ciekawą zależność widać, kiedy porówna się zarobki w placówkach różnej wielkości – w przeciwieństwie do większości innych branż, gdzie występuje zależność, że im większy podmiot tym wyższe płace, w ochronie zdrowia jest wręcz przeciwnie. To w małych podmiotach zarabia się najwięcej (prywatne przychodnie, szpitale itp.), bo od 25 proc. do nawet 50 proc. więcej niż w placówkach państwowych. W prężnie rozwijającej się prywatnej ochronie

TABELA 2

Przykłady zarobków lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w Polsce

1 700 zł	ratownik medyczny w Krakowie, jeździ karetką pogotowia, ma trzy lata doświadczenia zawodowego
1 800 zł	asystentka stomatologiczna w przychodni w Gdyni, 35 lat stażu pracy, w tym dodatek za staż – 360 zł, premia motywacyjna 10-30 proc. pensji
2 028 zł	rejestratorka w Lesznie (Wielkopolska), płaca zasadnicza to 1690 zł, reszta to dodatek, m.in. za 20 lat stażu pracy
2 500 zł	technik radiolog we wrocławskim szpitalu specjalistycznym, pracuje na tym stanowisku pięć lat
2 800 zł	wykwalifikowany analityk medyczny w Bytomiu, pracuje na tym stanowisku 20 lat; dostaje też premie uznaniowe
2 980 zł	rehabilitant masażysta w Warszawie, pracuje w dwóch szpitalach, pensja zasadnicza to 1700 zł, ma 16 lat stażu pracy
3 400 zł	lekarz-specjalista z zakresu interny i pulmonologii pracujący w przychodni rejonowej w Warszawie, 8 lat stażu
7 000 zł	stomatolog w Częstochowie, może otworzyć prywatny gabinet i zwiększyć swoje dochody
7 000 zł	ordynator I Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu
7 500 zł	lekarz-ginekolog położnik z Olkusza, prywatny gabinet czynny codziennie popołudniami, do tego dyżury w szpitalu
7 550 zł	zastępca ordynatora w Puszczykowie, pensja zasadnicza to 5000 zł, dodatki to 2550 zł
9 484 zł	lekarz w szpitalu wojewódzkim w Bełchatowie (łódzkie), ma II st. spec.; 10 lat stażu, pensja zasadnicza – 3460 zł, stażowe 346 zł
9 900 zł	anestezjolog w szpitalu wojewódzkim w Warszawie, ma 15 lat stażu, II st. specjalizacji; 4000 zł z tej sumy to dodatek za dyżury
10 000 zł	stomatolog w Myszkowie (Śląsk), prowadzi gabinet prywatny
10 200 zł	dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie (Pomorze), w tej kwocie zawarte są wszystkie dodatki
10 506 zł	lekarz w Krotoszynie (Wielkopolska), jego pensja podstawowa to 5256 zł, reszta to dodatki i dyżury
11 640 zł	lekarz pediatra w SP Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu (Dolny Śląsk), pensja zawiera wszystkie dodatki, m.in. za 30 lat stażu
11 680 zł	dyrektor Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie, pensja zasadnicza to 8000 zł, dodatek funkcyjny 2000 zł i za usługę lat 1680 zł
12 000 zł	dyrektor śląskiego szpitala dr nauk medycznych, ma II st. spec. z ginekologii i położnictwa oraz z endokrynologii
12 133 zł	dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łęborku (Pomorze), wieloletni staż pracy
13 000 zł	dyrektor szpitala miejskiego w Łodzi, wynagrodzenie ze wszystkimi dodatkami; w tym etat w prywatnej przychodni
14 028 zł	lekarz specjalista w szpitalu w Zakopanem, praca na kontrakcie, 50-60 zł za godzinę, zwykle pracuje 170-210 godzin miesięcznie
14 450 zł	anestezjolog na kontrakcie w Kaliszu (Wielkopolska), stawka za godzinę to 85 zł
15 000 zł	lekarz specjalista w lublinieckim szpitalu (Śląsk), zarobki obejmują pensję zasadniczą i dyżury
16 500 zł	lekarz w Szpitalu im. Żeromskiego w Krakowie, II st. spec., kontrakt 12 000 zł, dyżury (5 w miesiącu) 4500 zł
20 000 zł	lekarz dentysta w Nowym Targu (Małopolska), staż w zawodzie 10 lat, tylko prywatna praktyka
21 000 zł	lekarz specjalista w szpitalu w Świdnicy (Dolny Śląsk), pracuje na umowie kontraktowej
26 600 zł	zastępca dyrektora szpitala i ordynator w Zakopanem, pensja: – dyrektorska 10 660 zł, – ordynatora 12 000 zł, dyżury 4000 zł

REKLAMA

REKLAMA

Wciąż obchodzi mnie Polska

Z prof. Markiem Rudnickim, prezesem Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie rozmawia Marek Stankiewicz

• *Opuściłeś Polskę w czasach, kiedy jeszcze reżim komunistyczny takie rozstania nazywał ucieczką z kraju. Nie żałujesz, że nie poczekałeś na Wolną Polskę?*

– Osobiście uważam, że ani ja, ani wielu innych nie uciekło z kraju. Ja zmieniłem miejsce z kraju na zagranicę. Pojechałem na krótkie stypendium w czasach, kiedy mury starego systemu zaczęły pękać. Czekałem na swój wyjazd przez wiele lat, a wcześniej nie mogłem nawet przez pewien czas stanu wojennego wyjechać poza Katowice. Zawsze wierzyłem w otwarcie granic. Na zawsze zostałem Polakiem. Tam jest moje serce i moje korzenie. Dziś pracuję w Chicago, jutro może w Hong Kongu, a na końcu być może w Krakowie czy Wrocławiu.

• *Jeszcze w Polsce przeszedłeś wiele szczebli akademickiej kariery. Naprawdę źle ci tu było?*

– W sprawach zawodowych nigdy nie narzekałem. Wyjechałem na stypendium akademickie do Uniwersytetu w Cincinnati z otwartą habilitacją. Wcześniej SB zatrzymała wyjazd na Stypendium Fullbrighta. Do Cincinnati pojechałem najpierw na rok, potem na następny i kolejny. Wtedy zrodziła się chirurgia laparoskopowa. Wróciłem do Polski w nadziei, że wykorzystam swoje początkowe doświadczenie. Szybko jednak przekonałem się, że ściany w Polsce są ciasne i nikt nie czeka na mój powrót. Wówczas dostałem atrakcyjną ofertę zawodową. I byłem z powrotem za oceanem, tym razem nieopodal Nowego Jorku, w jednym ze szpitali afiliowanych na Uniwersytecie Columbia. Wkrótce dojechała moja rodzina. Po roku sfinalizowałem przewód habilitacyjny w mojej Alma Mater, Śląskiej AM.

• *Od dziesięciu lat mieszkasz wraz z ponad 800 tys. Polaków w metropolii chicagowskiej. Większość nie*

mówi po polsku. Część – bo nie umie, część – bo się wstydzi. Trudno być Polakiem w USA?

– Nie mam na to gotowej odpowiedzi. Każde miejsce jest inne. W Cincinnati przeważała starsza, przedwojenna emigracja z bardzo niewielką grupą inteligencji, która u schyłku lat osiemdziesiątych nadawała ton życiu polonijnemu. Polonia w Chicago jest bardziej złożona i intensywniej poszukuje swojej tożsamości. Mogę godzinami opowiadać o Polakach, którzy z sukcesami wspinają się po drabinie hierarchii amerykańskiej, chodzą z podniesioną głową i żyją pełnią życia. W Ameryce jesteśmy imigrantami, ale w końcu wszyscy są tu imigrantami. I nie jest wcale ważne czy pochodzimy z nad Wisły czy Odry, tylko co tak naprawdę umiemy. Wielu ludzi tego nie rozumie, przyjeżdża z nadzieją łatwego życia i szybko się rozczarowuje.

Dolary nie leżą na amerykańskich ulicach, trzeba o nie walczyć i na nie ciężko zapracować. Wielu przybyszów, dzięki

pracy, szybko wtapia się w amerykańską rzeczywistość. Niektórzy mieszkają tu 30-40 lat i rzadko wychodzą poza ramy polskiego środowiska.

• *No właśnie! Sercem takiego kokonu jest część Milwaukee Avenue, która swą zabudową przypomina trochę podwarszawski Wołomin lub Żąbki. Człowiek czuje się swojsko, bo na delikatesach jest napis „kielbasa”, na barze „bigos”, a na kiosku „gazety”. Pije się piwo Żywiec lub Warka, a z witryn sklepowych spogląda Jan Paweł II...*

– Na wszystko można spoglądać z różnej perspektywy. Ta enklawa etniczna, o której wspominasz, należy do zamierzchłej przeszłości i być może budzi emocje w przybyszach z kraju. Wizerunek Białego Orła to już nie tylko wyraz patriotycznej głębi, ale często promocja własnego biznesu. Szkoda, że nie mówi się ani nie pisze, że coraz więcej jest w Chicago polskich milionerów: że są właścicielami 60-piętrowych wieżowców i wielkich sieci handlowych. Bajeczne ciastka z polskich cukierni zdobią stoły renomowanych hoteli. Mamy tu, w Chicago, blisko czterystu lekarzy polskiego pochodzenia...

• *Do kogo masz pretensje: do Amerykanów czy zawistnych Polaków?*

– Amerykanie już dostrzegli, że Polacy to nie tylko robotnicy na budowach, a Polki to nie tylko nianie i sprzątaczkę, lecz także biznesmeni i np. naprawę wzięci lekarze, adwokaci. Często dają wyraz swojej dezaprobacie, kiedy amerykańska telewizja pokazuje polskiego obdartego chłopca z batem w rękę, zamiast pięknych zgrabnych Polek na ulicach Warszawy lub Krakowa, czy prezesów dużych międzynarodowych korporacji. Przez wiele lat do Polski trafiał przekaz o polskim emigrancie z Chicago, który albo stale na rauszu, albo na kacu tarza się w swoim bezrobociu, a kiedy przyjedzie na chwilę do Polski, udaje Bóg wie kogo. Prasa w kraju przez dziesiątki lat lubowała się w pokazy-

dokończenie na str. 14

Prawda (?) o zarobkach lekarskich

dokończenie ze str. 11

zdrowia pensje w wysokości 20-30 tys. zł nie są rzadkością, przeciętnie jest to kilkanaście tysięcy złotych.

Oczywiście trzeba pamiętać, że przeciętny lekarz pracuje znacznie dłużej niż „normalni” pracownicy, bo do etatu dochodzą dyżury i praca dodatkowa w przychodniach, co łącznie daje około 1,5 etatu miesięcznie. Trudno jest więc do końca porównywać dochody lekarzy z osobami pracującymi tylko na etacie.

Niemniej jednak od lat sytuacja się nie zmienia – w tej grupie zawodowej najlepiej opłacani są lekarze ze specjalizacją II stopnia, których mediana dochodów wyniosła 5500 zł i była blisko trzykrotnie wyższa niż w przypadku np. ratowników medycznych (patrz: wykres).

Na Mazowszu najlepiej

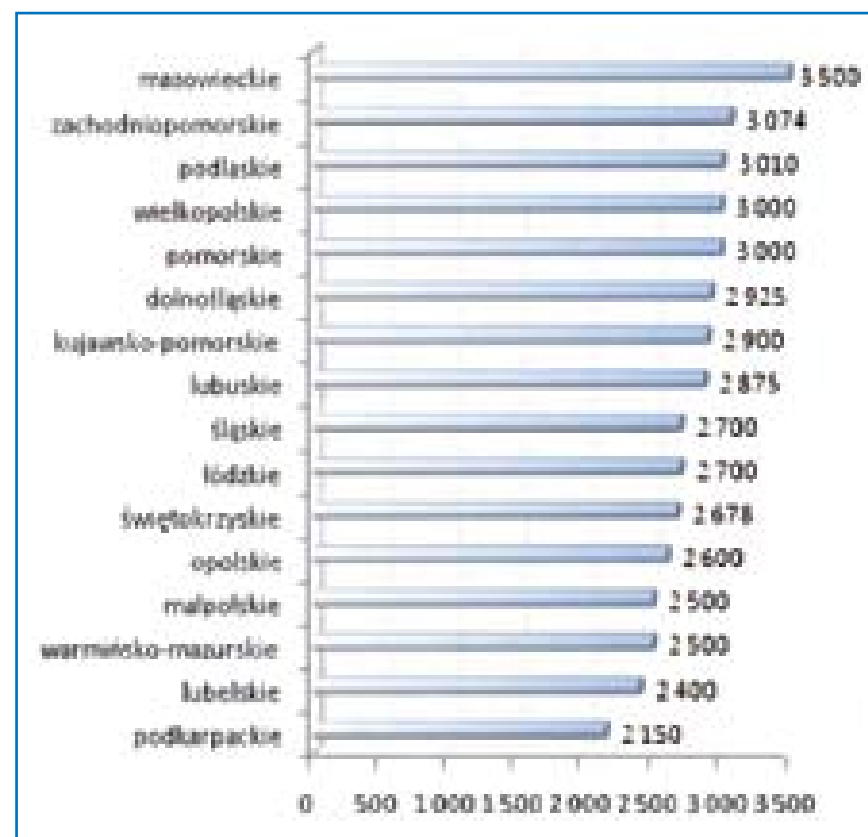
Niewątpliwie jednym z ważniejszych czynników różnicujących płace w ochronie zdrowia jest wielkość miasta. Generalnie, niezależnie od szczebla, wynagrodzenia były tym większe, im większe miasto, w którym pracownicy byli zatrudnieni. Różnice szczególnie było widać w przypadku specjalistów. Płace lekarzy „z dwójką” w Warszawie były o 58 proc. wyższe niż w najmniejszych miastach (patrz: tabela 1).

Różnice w zarobkach w służbie zdrowia widać również w ujęciu regionalnym na poziomie województw (patrz: wykres 2). Tradycyjnie już najwyższe zarobki w branży mieli zatrudnieni w województwie mazowieckim. Najgorzej natomiast wiodło się pracownikom ochrony zdrowia z województwa podkarpackiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego, gdzie miesięczne płace były przeciętnie o 33 proc. niższe niż mazowieckim.

Agnieszka Katrynicz

WYKRES 2.

Mediana wynagrodzeń całkowitych w służbie zdrowia w poszczególnych województwach wielkości w 2009 r.



Źródło: Ogólnopolskie Badanie Wynagrodzeń przeprowadzone przez Sedlak & Sedlak w 2009

Wciąż obchodzi mnie Polska

dokończenie ze str. 12

waniu klęsk rodzinnych i personalnych emigrantów. To było wygodne i politycznie nośne.

• **Mówisz o stereotypie Polaka podchmielonego, biednego, w nie wy-czyszczonych butach, z jednym zębem z przodu?**

– Tak, ale ten Polak już nie pije, wy-czyścił buty, wstawił sobie brakujące zęby i porusza się eleganckim autem. Z wielu względów dziennikarze poka-zują obrazy, które nie odzwierciedlają rzeczywistości. W obie strony.

• **Wiemy, że jesteś żarliwym obrońcą dobrego imienia Polski i Polaków. W ubiegłym roku w Zabrzu uhonorowano cię Platynowym Laurem Umiejętności i Kompetencji. Czy czujesz się „Ambasadorem Spraw Polskich”?**

– Mam przekonanie, że jako lekarz mam większe możliwości niż inni członkowie polonijnej społeczności pro-mowania Polski. Może innym wycho-

dziłoby to lepiej, ale kosztowałoby ich to więcej trudu i starań. To cała Polonia jest Ambasadorem, mnie dane jest czę-sto artykułować jej problemy, walczyć o dobre imię Polski i Polaków.

• **Czy ta Polonia to jeszcze emigracja czy już tylko zagranica?**

– Emigracja wedle dawnych definicji umiera. Przecież ci ludzie mają często swoje domy w Polsce, do których przyjeżdżają, kiedy zechcą. Podkreślam: przyjeżdżają, a nie wyjeżdżają do Polski.

• **Chociaż główną domeną twojej działalności jest chirurgia laparoskopowa i małoinwazyjna, przed kilkoma laty zainicjowałeś Polsko-Amerykański Program Walki z Rakiem Piersi, Bursztynową Koalicję. Podobno święciłeś niemałe sukcesy?**

– Zderzyłem się z sytuacjami, kiedy to musiałem tłumaczyć amerykańskim studentom i lekarzom, dlaczego kobieta polskiego pochodzenia, mieszkająca w Chicago, tak długo zwlekała z decyzją pójścia do lekarza, aż guz w jej piersi osiągnął rozmiary kilku centymetrów. Dlaczego nie zrobiła mammografii. Czy moje miejsce, jako lekarza, jest takie, że będę tylko operował te pięciocentyme-

trowe guzy, czy też raczej powinienem moich rodaków edukować jak odpo-wiednio leczyć się wedle zasad współ-czesnej medycyny. Uważam, że lekarze są i winni być liderami w niektórych aspektach naszego życia. Zdecydowałem zatem stworzyć program dedykowany całemu środowisku. Program, który będzie posiadał wiele aspektów: edukacja, badanie, możliwość integracji różnych specjalistów, prowadzenie badań nauko-wych. Program otwiera się również do młodych ludzi polskiego pochodzenia, aby poprzez pracę w ramach programu mogli być bliżej medycyny i potencjalnie wybrać dalszy kierunek studiów i zawód. Z tego programu już prawie 10 osób jest lekarzami lub na studiach medycznych. Tak, ten program jest oceniany przez amerykańskie instytucje jako duży sukces naszego środowiska, wypracowany naszymi własnymi środkami i ludźmi.

• **Od niedawna przewodnisz Federacji Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie. Co łączy lekarzy polskiego pochodzenia z USA z lekarzami na Litwie, Moldawii czy w Gruzji?**

– Przede wszystkim wspólne korzenie, ale również problemy zawodowe. Są one różne w różnych krajach. Ale



kiedy połączymy głębię doświadczeń lekarzy ze Wschodu i Zachodu, otrzymamy bogactwo, które musi docenić każdy lekarz. I które warto porównać, pokazać innym. My, na Zachodzie, nie mamy patentu na mądrość i jedynie słuszne poglądy i zalecenia. Mamy jednakże obowiązek mówić o rzeczach dobrych i gorszych, o tym jakie niosą ze sobą korzyści lub na co narażają pacjenta. To jest nasza stała oferta. Również dla kraju, do wykorzystania tego, co przydatne. I do odrzucenia tego, co nie przystaje do polskich warunków.

• **Złośliwi powiadają, że Federacja to towarzystwo wzajemnej adoracji, które spotyka się na stokach Alp, by pojeździć na nartach, a nie konfrontować lekarskie poglądy...**

– To absolutnie niezasłużone stwierdzenie. Obozy narciarskie w Alpach, które organizuje dr Zbyszek Kostecki z Niemiec, mają swój konkretny konferencyjny naukowy dorobek, który odciska się trwałym śladem w relacjach między lekarzami z różnych krajów. To również dziesiątki indywidualnych rozmów o konkretnych zawodowych rozwiązaniach. Na te obozy przyjeżdża duża grupa lekarzy z Polski, którzy po obozach przygotowanych startują w międzynarodowych zawodach. Również biorą udział w dziesiątkach zawodów w kraju organizowanych przez izby lekarskie. Nie spotykamy się na rautach i suto zakrapianych przyjęciach, ale organizujemy kongresy i sympozja. Zapraszam wszystkich na VII Światowy Kongres Polonii Medycznej, który będzie obradować w Toruniu w dniach 24-26 czerwca tego roku. Program Kon-

gresu opracowano tak, aby nie zabrakło miejsca na nasze profesjonalne dziś i jutro. Większość sesji ma charakter integrujący różne dyscypliny medyczne. Chcemy pokazać, że wszyscy razem, niezależnie od miejsca zamieszkania, tworzymy medycynę XXI wieku.

• **Dlaczego więc Federacja nie jest potrzebna lekarzom z Ameryki Łacińskiej, Azji i Australii?**

– Jest potrzebna, ale dotychczasowa struktura Federacji obejmowała jedynie zorganizowane związki lekarzy z danego terenu czy kraju. Indywidualni lekarze nie mogli należeć do Federacji. Nawet ci rozsiani

po Teksasie, Kalifornii, Nebrasce czy Dakocie. Opracowujemy nowe zasady funkcjonowania Federacji, stworzenie Międzynarodowego Klubu Lekarzy, który stanie się członkiem Federacji. Chcemy wciągnąć indywidualnych lekarzy w nurt naszych dyskusji. A jeśli nie zechcą, to niech przynajmniej o nas wiedzą.

• **Czy organizacje lekarskie skutecznie bronią lekarzy czy też lekarze powinni obronić się sami?**

– Już kilka lat temu, wspólnie ze śp. prof. Tadeuszem Chruścielem, zorganizowaliśmy we Lwowie sesję poświęconą tworzeniu medycznego lobby w krajach postkomunistycznych. Lekarze winni kreować takie lobby, gdyż na ogół skazani są na niepowodzenie sami walcząc o swoje prawa. Są bardzo łatwym celem dla polityków i mediów. Możemy więc tylko zabiegać o wsparcie i walkę naszych pacjentów, wyborców – w naszym imieniu i dla ich dobra. Aby skutecznie wypełniać swoją misję, musimy dobić się wysokiego statusu społecznego. Pacjent nie chce leczyć się u lekarza źle ubranego, niemytego, jeżdżącego rozklekotanym rowerem. Taką degrengoladę zawodu próbowali stworzyć piewcy komunizmu w Związku Radzieckim. Pamiętamy obrazki upodłanego lekarza, z aparatem do mierzenia ciśnienia na szyi, wypisującego recepty na dworcach kolejowych. Współczesny pacjent chce widzieć leczonego go lekarza z określonym statusem profesjonalnym i etycznym. Również lekarza, który swój profesjonalizm potwierdził wysokim standardem otoczenia, w którym żyje.

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Lekarski Klub Żeglarski
Bocianie Gniazdo
Ogólnopolski Klub Żeglarski w Warszawie im. prof. Józefa Różańskiego

SKŁOLENIA - Radom, Warszawa, Zegrze, Mazury
na jachty żeglarskie, motorowe, na
instruktorów żeglarskich PZŻ, radiooperatorów VHF/UHF

WĘDRUJĄCE OBOZY ŻEGLARSKIE DLA MŁODZIEŻY
W KRAJACH WIELKICH JEZIOR MAZURSKICH

REJSY LICEALISTÓW I GIMNAZJALISTÓW ORAZ DZIELONE
SZKOŁY POD ŻAGLAMI

JUNGA & KADET - KOLONIE ŻEGLARSKIE DLA DZIECI

REJSY STUDENCKIE, REGATY I REJSY DLA LEKARZY

ZIMOWE OBOZY ŻYCIA - Polska, Włochy, Francja, Austria

REJSY MORSKIE - Bałtyk, Grecja, Chorwacja

IMPREZY INTEGRACYJNE DLA FIRM

CHARTER NOWYCH, BEZPIECZNYCH I KOMFORTOWO
WYPOSAŻONYCH JACHTÓW NA MAZURACH:
Arlia 22, Arlia 24, Arlia 26, Arlia 27, Laguna 26,
Solna 27, Esplanada 660 Supermova, Solarna VIVA 700,
Sea Ray 175 SPORT, Canada 430, Kruger 430

pełna informacja na stronie:
www.bocianiegniazdo.org
kontakt: lekarz Michał Szatanek
tel. 0 607 211 196, e-mail: michal@szatanek.pl, 00-2627429

W sezonie 2010 zapraszamy lekarzy, ich dzieci i znajomych!

Flirt z Big Pharmą

Krystyna Knypl

Z bogatym i skorym do załotów partnerem miło się flirtuje, trzeba jednak baczyć, by nie nabawić się powikłań, które mogą być mocno kłopotliwe.

Interesujące początki

W ogólnej mizerii braku załotników, na który cierpi nasze środowisko, pojawienie się takiego, co to zawsze chętny i dysponowany (cokolwiek to słowo oznacza), przy odpowiednich funduszach i w dodatku nigdy nieustający w załotach, może sprawić, że łatwo ulegniemy starającemu się o nasze względy. Wszyscy bowiem jesteśmy ludźmi podatnymi na pokusy.

Tego zdawać by się mogło idealnego załotnika uosabiają oczywiście przedstawiciele medyczni Big Pharmacy. Gdy pojawili się w naszych gabinetach przed prawie dwudziestu laty, stanowili interesujące zjawisko w szpitalnej rzeczywistości. Wszystko było nowe i atrakcyjne – poczynając od żelaznego atrybutu wizyty repa, jakim były reklamowe długopisy, przez informację o nowych lekach czy badaniach, na zaproszeniach na konferencje kończąc.

Porównanie ówczesnych posiedzeń naukowych, odbywanych w szpitalnych salach konferencyjnych, i referatów w wykonaniu kolegów oddziałowych, z sympozjami organizowanymi w eleganckich hotelach, z udziałem do tej pory nie znanych wykładowców, przyniosło nam o lekkie oszołomienie. W końcu ze swoimi pensjami, będącymi zawsze jakimś tylko procentem średniej krajowej, nie chadzaliśmy tak na co dzień na lancze do sheratonów, marriottów i hiltonów. Karmiliśmy więc na tych nowomodnych konferencjach i umysły, i ciała. Zostawiwszy jednak na boku przemijającą i nie najważniejszą otoczkę kulinarno-hotelową, spotkania te były też miejscem bardzo ciekawych wydarzeń edukacyjnych i naukowych. Pozostanie w mojej pamięci wygłoszony przed laty w Teatrze Polskim wykład profesora Normana M. Kaplana, najwybitniejszego znawcy nadciśnienia. Podczas wykładu usłyszeliśmy nie tylko jak zawsze ciekawe komentarze na temat nadciśnienia, profesor wspominał także o swoich polsko-żydowskich korzeniach. Rodzina jego przed wojną mieszkała

w okolicy Suwałk. Zapadła mi w pamięć informacja, iż rodzina Kaplanów dobrze rozpoznała i zdiagnozowała wszystkie zagrożenia, jakie niosł rosnący w potęgę nazizm i w 1936 r. wyemigrowała do Palestyny.

Pamiętam również wykład profesora Franza Messerliego, podczas którego zostały pokazane wykresy pomiarów ciśnienia krwi Ernesta Hemingwaya z okresu jego hospitalizacji w 1960 r. w Mayo Clinic. Na marginesie warto wspomnieć, że poza wysokim ciśnieniem u pisarza stwierdzono depresję i dla zachowania dyskrecji był on hospitalizowany pod nazwiskiem swojego lekarza dr. George’a Saviersa. Dziś, w dobie wszechobecnych elektronicznych baz danych, nawet nie myślimy o tak daleko posuniętym zaangażowaniu lekarskim w ochronę wrażliwych danych osobowych pacjenta.

Warto także wspomnieć, że mogliśmy przed kilkunastu laty wysłuchać w sali Teatru Narodowego w Warszawie wykładu sir J.R. Vane’a, odkrywcy mechanizmu działania przeciwpalnego aspiryny i późniejszego laureata Nagrody Nobla.

Takie wykłady pamięta się przez całe życie, bo przynajmniej na chwilę przenoszą nas do świata prawdziwie wielkiej nauki. Każdy, kto w jakikolwiek sposób przyczynił się do ich zorganizowania, zasługuje na serdeczne podziękowanie i szczerze wyrazy uznania.

Faza rozwinięcia

Relacje środowiska lekarskiego z Big Pharmą rozwijały się ku zadowoleniu obu stron, aż nagle okazało się, że nie wszystkie aspekty tych relacji są powodem do zadowolenia. Pojawiły się oferty coraz bardziej kuszące i nieoczekiwane okazało się, że czerpiemy nieopodatkowane korzyści, ulegając pokusom spożycia lanczu w eleganckiej restauracji lub wyjazdu na zagraniczną konferencję. Powiało grozą... W końcu na niepłaceniu podatków niejednemu powinęła się noga, od Al Capone poczynając, na wielu współczesnych gwiazdach show businessu kończąc.

Niezależnie od kwalifikacji podatkowych trzeba przyznać, że travel granty na kongresy zagraniczne były sposobnością, dzięki której wielu lekarzy miało okazję po raz pierwszy zetknąć się z europejską czy amerykańską medycyną. Na kongresach tych wśród wielu nowości poznaliśmy trzyliterowy skrót EBM i jego rozwinięcie, czyli evidence based medicine. W dotychczasowej naszej szpitalnej rzeczywistości szpitalnej i poradnianej przede wszystkim liczyło się doświadczenie osobiste, a tu nagle pojawiły się jeszcze na ów czas bliżej nam nieznane fakty medyczne. A ponieważ z faktami się nie dyskutuje, wypadało tylko pochylić głowę w pokorze i wchłaniać... wchłaniać... wchłaniać... Nie wypadało dopytywać się, czy wnioski z badania przeprowadzonego na wielorodowej populacji dzieci z północnej Kalifornii można *in extenso* przenosić na prawie jednolitą rasowo populację naszych dzieci, no bo fakty mówiły same za siebie, a może dokładniej rzecz biorąc przemawiały *ex cathedra*. Skoro fakty mówiły same za siebie, to ludzie milczeli, a w szczególności milczał zdrowy rozsądek indoktrynowanych doktorów.

Tymczasem liczba badań klinicznych o zabawnych, często dwuznacznych akronimach, o których wynikach trzeba było poinformować lekarzy, aby przekonać ich do zapisywania preparatu B i porzucenia preparatu A, wzrastała z kongresu na kongres. Dość powiedzieć, że liczba badań uznanych za najważniejsze i wymagające omówienia w aktualizowanych w 2009 r., czyli po dwóch latach od ogłoszenia poprzednich wytycznych European Society of Hypertension, przekroczyła sześćdziesiątkę! Zrozumiałe więc jest, że przedstawiciele medyczni coraz tłumnie odwiedzali doktorów, utrudniając płatnikom składek na ubezpieczenie zdrowotne odzyskanie zainwestowanych funduszy w postaci pozornie bezpłatnej porady lekarskiej.

Okazało się też, że nie ma bezpłatnych i neutralnych etycznie lanczów! Wszystkie posiłki spożyte w rytm melorecytacji o EBM stały się podejrzane. Wprawdzie

powszechnie wiadomo, że szampan jest to napój ludu, który ów lud smakuje ustami swoich przedstawicieli, jednak z eleganckimi lanczami spożywanymi ustami naszymi oraz przedstawicielami medycznych sprawa okazała się trudniejsza i nie do końca tak jednoznaczna. Uregulowanie rozchwianego i rozrzuconego rynku wymagało silnej ręki i zdecydowanych działań. Zawsze czujna władza nadzorcza z ulicy Miodowej w Warszawie wydała słynne dekrety, w myśl których każdy rep to jednostka podejrzana i w zasadzie nie powinna być dopuszczana w godzinach pracy przed oblicze doktora, co najwyżej po godzinach, i to za przyzwoleniem zwierzchności. Czy sławetne zarządzenia rozwiązały wszystkie problemy, trudno orzec, ale z pewnością dały nam do myślenia.

Idzie nowe

Zostawiając na boku żartobliwą narrację trzeba przyznać, że relacje środowiska medycznego z Big Pharmą wymagają nowego podejścia. Oczywiście wszelkie zakazy i nakazy, zwłaszcza takie, które z definicji są niewykonalne, trzeba włożyć między bajki albo zakwalifikować jako prężenie mięśni przed wyborcami.

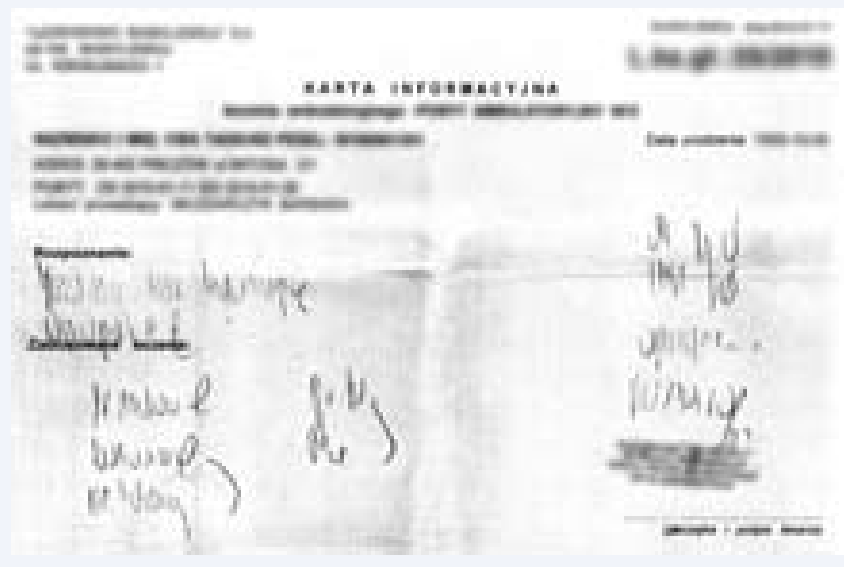
Opublikowane przez E. G. Campbella na łamach NEJM 2007,356,17 omówie-

nie badania opartego na grupie 3167 lekarzy australijskich ukazało, że 94% badanych miało kontakty z przedstawicielami medycznymi, przy czym były one dość zróżnicowane w poszczególnych specjalnościach. Autorzy wyrażają pogląd, że z uwagi na różną naturę tych kontaktów ich interpretacja wymaga ostrożności i rozważań. Wzajemne kontakty mogą być źródłem korzyści dla obu stron, ale też mogą być potencjalnym źródłem ryzyka. Główne ryzyko to zagrożenie konfliktem interesów oraz zmiana zachowań proskrypcyjnych, które nie zawsze znajdują odzwierciedlenie w obiektywnych przesłankach.

Relacje między lekarzami i Big Pharmą są obecnie także przedmiotem odrębnych sesji na najpoważniejszych kongresach naukowych. Zarówno na kongresie American College of Cardiology, który odbył się w marcu 2010 r. w Atlancie, jak i na majowej konferencji American Society of Hypertension w Nowym Jorku wśród tematów obrad znalazły się te zagadnienia. Nikt nie neguje wartości kontaktów, jednak słysząc coraz odważniejsze głosy o potrzebie zachowania większego obiektywizmu w relacjonowaniu wyników badań, umiaru w oferowanych zachętach i dystansu do tez głoszonych przez niektórych sponsorów badań.

ROZSZYFRUJ RECEPTĘ

Opublikowana w poprzednim numerze recepta kulinarna nie sprawiła Państwu większych trudności. Prawidłowo rozszyfrowana treść była uzupełniona informacją o operetkowym pochodzeniu tekstu, o czym osobiście nie wiedziałam. Laureatami kolejnej edycji zostają dr **Małgorzata Górczyńska** z Torunia oraz dr **Rafał Kęska** – jak zawsze proszę laureatów o nadesłanie adresów pocztowych na mój adres mailowy. Nagrody książkowe zostaną przesłane pocztą. Tymczasem powracamy do tematyki ściśle medycznej. Ponieważ ostatnio dość często pojawiały się opinie, że prezentowane recepty są „za łatwe”, postanowiłam tym razem podnieść poprzeczkę trudności. Ciekawa jestem jak Państwo poradzą sobie z kolejną zagadką. Na odpowiedzi czekam jak zawsze pod adresem mailowym: **krystyna.knypl@compi.net.pl**



Kup pan cegłę

Środa, godzina 8.00, z ulubioną książką w ręku, na którą jak wszyscy zawsze mam za mało czasu, leniuchuję. Mogę sobie na to pozwolić, bo idę do pracy na 11.00. Nagle dzwonek telefonu komórkowego.

- Tak, słucham.
- Pani doktor? Dzień dobry, tu firma... (nie sposób zrozumieć, a co dopiero powtórzyć), mam dla pani propozycję promocyjnego zakupu, po bardzo atrakcyjnej cenie apteczki ze stelażem do montowania na ścianie, która...
- Jaka apteczka, z jakim stelażem?
- Jak to, to pani nie wie, że we wszystkich placówkach medycznych według naj-

nowszej dyrektywy unijnej wymagane są specjalne, mobilne apteczki, montowane na stelażu do ściany, zawierające 80 sztuk wyposażenia, nie, nie w leki, ale środki opatrunkowe?

- Słucham?
- Nasze apteczki są wyposażone we wszystkie wymagane elementy, plastry, rękawiczki... (myślę sobie ktoś robi mi dowcip, ale prima-aprilis już był... w tych dywagacjach umknęła mi częściowo zawartość tej superapteczki)... chusteczki nasączone środkiem dezynfekcyjnym, bo podobno, hi hi hi, spirytus salicylowy był wypijany...
- Sugeruje pani, że ja wypijam spirytus salicylowy ze swojej apteczki?

– Nooo nie... ale zaopatrujemy w nie nawet apteki, a tam przecież środki opatrunkowe są na miejscu, ale to dlatego że apteczki mają być mobilne...

- A po co?
- No... żeby móc ją wziąć ze sobą i nie biegać z plastrem od apteczki do pacjenta...
- Ale w jednopomieszczeniowym gabinecie gdzie ja mam biegać z tą apteczką?
- Nooo... do pacjenta...
- A dlaczego nie mogę wziąć jej ze stołu czy półki, tylko muszę ją zdejmować ze specjalnego stelaża na ścianie?
- Bo dyrektywa unijna...

Dlaczego firmy to robią?

Rozmowa trwała w podobnym stylu jeszcze chwilę. Zakończyłam ją stwierdzeniem, że to kuriozum i muszę to sprawdzić.

Mogłoby to pozostać jako anegdota, gdyby nie fakt, że była to jedna z wielu przeprowadzanych przeze mnie rozmów telefonicznych. Wszyscy znamy je z naszego życia. Prawie codziennie bowiem otrzymujemy telefoniczne propozycje zakupu różnych rzeczy, apteczek, blankietów zgody pacjenta, szkoleń BHP czy RTG, publikacji, bez których podobno nie sposób prowadzić gabinetu, jakichś tabliczek, wywieszek, a hasło „dyrektywa unijna” torpeduje każde kontrargumenty.

Zastanawiające jest, czemu firmy to robią i dlaczego są w tym takie skuteczne. Przyczyn jest kilka.

Po pierwsze, ciągle zmieniające się, niejasne i niejednoznaczne przepisy.

Po drugie, brak jednego pewnego źródła wszelkiej informacji.

Po trzecie, jesteśmy tak zapracowani, że nie mamy czasu, a nawet jak go mamy, to jest go tak mało, że żal nam go poświęcić na grzebanie w paragrafach i rozporządzeniach.

Po czwarte, w mniemaniu ogólnospołecznym lekarze są tak bogaci, że można ich traktować jak bankomaty, wystarczy tylko znać hasło. A jest kilka prawie uniwersalnych jak „rozporządzenie”, „sanepid”, „ustawa”, a „dyrektywa unijna” to hasło prawie stuprocentowe.

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Po piąte, w mniemaniu tych firm lekarze są tak nieorientowani w przepisach, że można im wcisnąć prawie zawsze prawie wszystko (i tu, niestety, mają rację, wiedzą, co robią).

Po szóste, jesteśmy pod taką presją społeczną przez permanentną nagonkę, że zgodzimy się na wszystko, by tylko mieć święty spokój, z nadzieją, że kiedyś to się skończy (i tu, niestety, mylimy się).

Co jest przyczyną?

Wypada się zastanowić, dlaczego tak jest i jak to zmienić.

Reforma systemu ochrony zdrowia zrobiła z nas w bardzo krótkim czasie przedsiębiorstwa usługowe i wrzuciła takie niedoświadczone i nieokrępte firmy na rynek tzw. gospodarki rynkowej. Żeby było jeszcze trudniej, to do przymiotnika „konkurencyjność” doczepiono ogony „dobro pacjenta” i „etyka lekarska”. Po wstąpieniu Polski do Unii dorzucono jeszcze kotwicę „dyrektywa unijna”. I nie ma znaczenia prawdziwa czy wymagana, obie wersje działają tak samo skutecznie. Z tym całym bagażem dryfujemy, w większości, po rynku usług wypatrując co większych przeszkód, by jakoś przetrwać. My wiemy, że to dryfowanie spowodowane jest czasami niewystarczającymi umiejętnościami sterowania, ale przede wszystkim brakiem służących ku temu instrumentów. I niestety, mimo wieloletnich wysiłków, nie udaje nam się zdobyć ich w ilości wystarczającej do pływania z pełną kontrolą. Otoczenie jednak, umiejętnie sterowane przez takich moderatorów jak media, rząd czy NFZ, uważa, że jego przyczyną jest nasza „opasołość w dobra”. No i starym zwyczajem też chce kawałek z tego toru. A że jesteśmy spolegliwi i prawie bezbronni, no to co się dziwić liczbie chętnych.

Jak to zmienić?

Dziwi fakt, że nikt nie bierze pod uwagę, iż rosnące koszty utrzymania gabinetu, a przecież to właśnie się dzieje, skutkują ograniczaniem wydatków na świadczenia medyczne. Prowokują lekarzy do dziwnych oszczędności, by zbilansować funkcjonowanie swojej praktyki. Ta sytuacja musi się wcześniej czy później odbić na standardzie świadczonych usług. Idąc dalej tym tokiem myśli wydaje się, że paradoksalnie to NFZ powinien wesprzeć nas w walce

z absurdalnymi i często wyłudzanymi kosztami, bo to właśnie jego pieniądze są tu wydawane.

Co zrobić, by to zmienić? Myślę, że kluczową sprawą jest przepływ informacji. Oczywiście nikt nam nie powie, że to, co właśnie produkuje jego firma i co chce nam sprzedać, jest nam zupełnie niepotrzebne. Sami musimy się tego dowiedzieć. I zdecydowanie łatwiej jest to zrobić w zespole, mając do pomocy prawnika.

Ale by szukać informacji, trzeba wiedzieć, że jest ona komuś potrzebna. A o tym już wiemy, świadczą o tym liczne pytania, jakie napłynęły do KS NRL po artykule koleżanki Anny Lelli w ubiegłej kadencji, to one zainspirowały nas do powołania zespołu, który będzie zajmować się tymi zagadnieniami. By jeszcze bardziej usprawnić dotychczasową pracę Komisji Stomatologicznej NRL w tej kadencji powołano grupę roboczą, której zadaniem będzie współpraca z instytucjami kontrolującymi i nadzorującymi pracę praktyk lekarskich, a jest ich około 40.

Stoi przed nami wiele wyzwań i prawie tytaniczna praca dalszego porządkowania, ujednolicania i upubliczniania wszelkich przepisów. Dalszego ciągłego nadzoru nad przepisami wydawanymi przez szereg instytucji, by były one realne i sensowne. Jednocześnie do tego właśnie zespołu powinny spływać wszelkie informacje na temat jakichś nowych wymogów instytucji kontrolującej czy chociażby sytuacji cytowanej na wstępie. W drugą stronę, np. na stronie internetowej Komisji czy łamach „Gazety Lekarskiej”, nadal będą zamieszczane informacje o poczynionych ustaleniach i tematach, nad którymi odbywają się prace.

Tylko razem jesteśmy w stanie zwalczać wszelkie absurdalności i obronić się przed nieuczciwym wyłudzeniem naszych dochodów.

Jako członek Komisji Stomatologicznej NRL zamierzam wspomóc zespół w jego pracy. Czekam więc na wszelkie informacje od was. Czekam na cztery lata ciężkiej, wspólnej, ale mam nadzieję, choć częściowo, owocnej pracy. Zobaczymy, jaki będzie bilans końcowy.

lek. dentysta Anita Pacholec
anitapacholec@op.pl

REKLAMA

REKLAMA

www.dobrylekarz

Zapewne każdy z nas w chwili, gdy ciekawość zagłuszała rozsądek, wpisał w wyszukiwarkę internetową swoje nazwisko w poszukiwaniu opinii zamieszczonych przez internautów. Niezależnie czy znalezione posty wywoływały błogi uśmiech czy nieprzespaną noc, z czasem nabraliśmy do nich odpowiedniego dystansu.

Ja osobiście nie widziałam problemu w tego typu portalach czy forach internetowych. Uważałam, że są naturalną konsekwencją postępującej informatyzacji i niejako zastępują pacjentów dotychczas wymieniających się opiniami na temat medyków podczas przedłużającego się oczekiwania na poradę lekarską.

Ostatnio jednak diametralnie zmieniłam zdanie, a miał ma to wpływ pewien znaczący fakt, a w zasadzie niespodziewane odwiedziny. Do mojego gabinetu zawitał przedstawiciel firmy, która zajmuje się monitoringiem postów zamieszczonych na forach internetowych. Na początku trudno było mi zrozumieć charakter proponowanych usług, ale po chwili dotarła do mnie natura rzeczy. Za „jedyne” kilkaset złotych miesięcznie pracownicy firmy przeglądają wszystkie fora i portale internetowe kontrolując czy na temat danego lekarza (klienta firmy) lub jego gabinetu pojawiły się niepożądane wpisy – każda tego typu publikacja wywołuje reakcję firmy w postaci zamieszczenia postów pozytywnych.

Od tej pory nabrałam zupełnie innego spojrzenia na tę „spontaniczną” wymianę doświadczeń pacjentów. Jestem przekonana, że firma, z którą się zetknęłam, nie jest jedyna na rynku – a warunkiem ich istnienia jest to, że część kolegów decyduje się na tak desperacki krok poprawy swojego medialnego wizerunku. W jasny sposób narzucają się pytania, czy na tej samej zasadzie można „abonamentowo” wykupić oczernianie swoich „konkurentów”. W tym wszystkim osobą najbardziej manipulowaną jest sam pacjent.

Kwestia ta nabiera dodatkowego kolorytu w aspekcie ministerialnego zamysłu uzależnienia wielkości przyznanego kontraktu z NFZ-u na podstawie opinii pacjentów – im bardziej lubiany lekarz, tym wyższy kontrakt będzie mu proponowany.

Podsumowując, uważam, że mechanizm tworzenia postów na opisanych forach i portalach powinien zostać rozpowszechniony nie tylko wśród lekarzy, ale również dotrzeć do szeroko rozumianego środowiska pacjentów. Pozwoli to nam wszystkim otworzyć oczy na internetową mistyfikację.

ZAK

Pacjenci ignorują lekarzy

Agnieszka Katrynicz

Do gabinetów często przychodzą pacjenci twierdzący, że „leki na nich nie działają”.

Lekarze przepisują im więc większe dawki albo droższe, nowocześniejsze środki. Nie pytają, czy chorzy rzeczywiście brali wcześniej przepisane farmaceutyki. A powinni.

Prawdopodobieństwo, że nie biorą, jest ogromne. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia dawki leków omija nawet co drugi chory. W Polsce jest jeszcze gorzej. Jak wynika z badań Przemysława Kardasa, kierownika I Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nawet 60 proc. pacjentów rezygnuje z leczenia, bierze leki nieregularnie albo nie kończy terapii.

Lek na półce nie działa

Do zaleceń lekarskich nie stosują się osoby z chorobami przewlekłymi, takimi jak nadciśnienie czy cukrzyca, które długo nie dają objawów, ale też z infekcjami, które powodują złe samopoczucie. – Pacjenci nie stosują leków prawidłowo nawet wtedy, gdy są w pełni świadomi groźnych skutków takiego postępowania. Przykładem tego jest fakt, że główną przyczyną odrzucania przeszczepów jest właśnie nieprzyjmowanie przez pacjentów leków immunosupresyjnych – alarmuje Kardas.

Według niego pacjenci albo wcale nie wykupują przepisanych leków, albo przerywają ich zażywanie po pierwszym opakowaniu, albo zażywają od czasu do czasu, bądź wcale. – A trzeba pamiętać, że lek stojący na półce nie działa – zaznacza.

Najczęstsze błędy

Pacjenci nagminnie nie kończą brania antybiotyków. – Powody są różne. Na przykład wiedzą, że nie mogą łączyć alkoholu z lekami, więc wybierają alkohol – narzeka jeden z lekarzy rodzinnych.

Jeszcze większy problem jest z lekami, które trzeba brać regularnie i przez wiele lat, np. obniżającymi poziom cholesterolu czy ciśnienie. Prof. Waldemar Banasiak, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, niechęć pacjentów do rygorów kuracji tłumaczy po części brakiem wyobraźni, ale też samokrytycznie rozkłada ręce. – Jak mam wytłumaczyć czterdziestolatkowi z nadciśnieniem lub cukrzycą, który nie odczuwa żadnych kłopotów ze zdrowiem, że powinien przyjmować leki codziennie, bo tylko w ten sposób można zapobiec udarowi lub zawałowi serca? – pyta. Korzyść z leczenia jest odroczone w czasie, a koszty trzeba ponieść już dzisiaj.

– Pacjenci mogą się czuć niewystarczająco zmotywowani – o kolejnym źródle problemu mówi prof. Ewa Sewerynek, kierownik Zakładu Metabolizmu Kostnego w Katedrze Endokrynologii Ogólnej UM w Łodzi. Zwłaszcza jeśli podczas pierwszej, najważniejszej w gruncie rzeczy, wizyty lekarz nie wytłumaczy dokładnie, na czym polega ich choroba, dlaczego powinni przyjmować przepisane leki i jakie mogą być skutki zaprzestania tego.

Zdaniem prof. Piotra Kuny, szefa Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, co trzeci pacjent z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (czyli chronicznym zwężeniem oskrzeli utrudniającym oddychanie) cierpi z powodu duszności mimo posiadania leków, które mogłyby pomóc. – Są to najczęściej ci chorzy, którzy nie przestrzegają schematu leczenia. I jest to często wina lekarzy, którzy zapominają im wyjaśnić, jak właściwie prowadzić kurację. Lekarzom wydaje się, że wszystko zrozumieli, a pacjent i tak robi swoje.

Podobnie szeroko zakrojone badania holenderskie z 2008 r. wykazały, że aż 85-90 proc. chorych na astmę przerywa leczenie po pierwszym roku terapii. Znaczną część stanowią osoby młode, w wieku 15-18 lat. Zdaniem alergologów połowa chorych po wyjściu ze szpitala już po tygodniu czuje się tak dobrze, że zapominają o lekach, które powinni przyjmować. Potwierdzają to badania przeprowadzone w USA wśród dzieci w wieku 8-12 lat chorych na astmę: zaledwie 32 proc. dawek kortykosteroidów było przez nie przyjmowanych we właściwym czasie, choć z rozmów z rodzicami wynikało, że są nadzwyczaj skrupulatni w odmierzaniu dawek. – Rodzice po prostu lekarzy oszukiwali, nie wiedząc, że w zawierających lek inhalatorach był również ukryty elektroniczny chip rejestrujący każdą dawkę i czas jej podania – wyjaśnia prof. Kuna.

Pomysłowi pacjenci

To jeszcze nie wszystko. Badania przeprowadzone na zlecenie największej w Wielkiej Brytanii sieci aptek – Lloydspharmacy – wynika, że nawet jeśli pacjenci biorą przepisane leki, to najczęściej biorą je źle. Przykład? Zażywanie środków nasennych rano. Problemy z zastosowaniem inhalatora wynikające z... niezdejęcia z niego nasadki. Spryskiwanie środkiem przeciwalergicznym kota zamiast własnych dróg oddechowych.

Wśród 2 tys. ankietowanych co piąty popełnia błędy w przyjmowaniu leków. Najczęściej polegają one na zmianie dawki czy czasu ich zażywania. Chorzy niewłaściwie także interpretują tekst ulotki albo w ogóle jej nie czytają. – Problem w największym stopniu dotyczy osób starszych, które stosują największą ilość leków – mówi Andy Murdock, dyrektor ds. medycznych Lloydspharmacy. Dwie trzecie wszystkich recept jest w Wielkiej Brytanii przepisywanych pacjentom powyżej 60 roku życia. Leków w ogóle zażywa się coraz więcej. W ubiegłym roku brytyjscy doktorzy wypisali 796 mln recept, o 59 proc. więcej niż dziesięć lat wcześniej. A przecież wraz z rosnącą ich liczbą zwiększa się ryzyko popełnienia błędu.

Kosztowny problem

Problem jest poważny nie tylko ze względu na zdrowie pacjentów, ale też ogromne koszty. Jak podaje dr Kardas, w Stanach Zjednoczonych niestosowanie się do lekarskich zaleceń kosztuje 100 mld dolarów rocznie, w Polsce – 6 mld zł. Tyle traci Narodowy Fundusz Zdrowia, który płaci za wykupione, ale nieużyte leki oraz za leczenie osób, które trafiły do szpitala, chociaż mogłyby tego uniknąć. – Zdarza się, że po operacji serca pacjent w piątek wychodzi z receptą na leki. Czuje się dobrze, więc odkłada ich zakup na poniedziałek. A już w niedzielę trafia do nas z drugim zawałem – opowiada prof. Robert Gil z Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. – Pacjenci nie rozumieją, że przerwa w braniu leków stwarza bezpośrednie zagrożenie życia.

Najważniejsza wyгода

Jak zauważa prof. Sewerynek, im rzadziej lek powinien być przyjmowany, tym chętniej pacjenci to robią. Dotyczy to zwłaszcza osób starszych,

zażywających wiele medykamentów. Trudno im się dziwić, biorąc pod uwagę to, że lekarstwo na osteoporozę należy przyjmować na czczo, w pozycji pionowej, w której powinno się wytrwać nawet do godziny. I tak codziennie. Co innego, gdyby tabletkę można byłoby przyjmować raz na tydzień, co jest możliwe przy zastosowaniu najnowszszych preparatów. W tę stronę podąża zresztą przemysł farmaceutyczny – ostatnio ukazały się wyniki badań nad indyjską pigułką Polycap zawierającą 5 różnych leków na choroby układu krążenia. Okazało się, że zażywanie jednej pigułki dziennie może obniżyć ryzyko zawału o 60 proc., a ryzyko udaru o 50 proc.

– Aby poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich wśród pacjentów, powinno się wprowadzić prostsze schematy leczenia, zminimalizować liczbę zażywanych leków, np. podawać dwa leki w jednym inhalatorze oraz edukować chorych – podkreśla prof. Kuna. Z jego badań wynika, że po trzech miesiącach programu edukacyjnego wśród pacjentów z astmą aż 70 proc. z nich zaczęło regularnie brać leki.

Komunikacja przede wszystkim

Nie ma wątpliwości, że stosowanie się pacjentów do zaleceń terapeutycznych zależy w dużym stopniu od postawy i zdolności komunikacyjnych lekarza. Niewskazane jest, na przykład, straszenie chorych, bo jak wskazują badania nie przynosi to dobrych efektów.

W Wielkiej Brytanii cztery lata temu wprowadzono nową procedurę o nazwie MUR. Skierowana jest ona do chorych, którzy przyjmują dużą liczbę leków lub których terapia trwa przez dłuższy czas. W ramach MUR mogą liczyć na bezpłatną „lekcję” sprawdzającą, czy właściwie zażywają wypisany im środek. Usługa oferowana jest w aptekach. Jak wynika z danych Lloydspharmacy, z pół miliona konsultacji w 55 proc. przypadków farmaceuta doradził dokonanie zmiany w sposobie stosowania leku.

W Polsce prof. Ewa Sewerynek i dr Przemysław Kardas prowadzą badania, których celem jest poprawa przestrzegania zasad terapii przez pacjentów. Jeden z pomysłów dla zapominalskich zakłada powiązanie momentu brania leków z jakąś codzienną, rutynową czynnością. Może to być kolacja, mycie zębów, a nawet modlitwa.

REKLAMA

REKLAMA

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Czynniki sprzyjające przestrzeganiu przez pacjentów zaleceń lekarskich podczas terapii chorób przewlekłych:

1. Edukacja pacjenta
2. Odpowiednia treść i forma zaleceń lekarskich
3. Niska cena leku
4. Wygodna i zgodna z upodobaniami pacjenta forma leku
5. Łatwe do użycia opakowanie leku
6. Rzadkie dawkowanie leku
7. Brak działań ubocznych
8. Powiązanie przyjmowania leku z innymi czynnościami
9. Satysfakcja pacjenta
10. Nadzór lekarza i osób trzecich

Zginęli na posterunku

To największa tragedia w historii Polski. Prezydent Polski Lech Kaczyński z małżonką Marią i 94 osobami zginęli w katastrofie samolotu Tupolew 154M. Na pokładzie byli lekarze: Wojciech Lubiński i Bronisława Orawiec-Löffler. Do katastrofy doszło 10 kwietnia o godzinie o 8.56 czasu polskiego na lotnisku wojskowym w Smoleńsku.

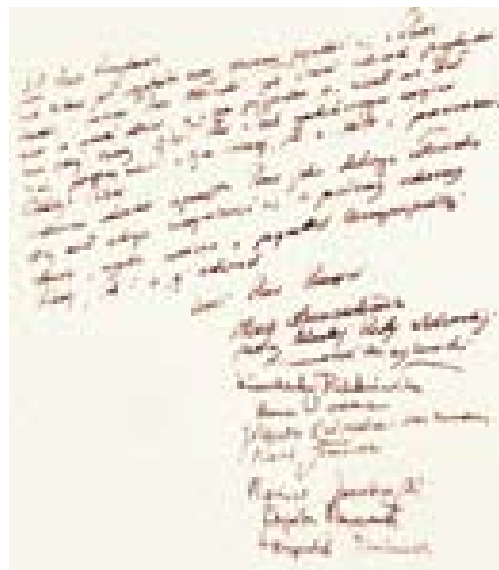
Przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej dokonali wpisu do ksiąg kondolencyjnych

w Pałacu Prezydenckim:

*Ś. P. Panie Prezydencie,
Tak trudno jest wszystkim nam, lekarzom,
pogodzić się z Pana śmiercią i śmiercią Pana
Małżonki. Tyle istnień ludzkich przychodzi nam
na co dzień ratować, a w tym przypadku los
nawet nie dał nam takiej szansy. Zginął Pan
w tak symbolicznym miejscu, że nie potrafimy
mówić o tym inaczej, jak o losie i przeznaczeniu
Wielkiego Polaka. Środowisko lekarskie
zapamięta Pana jako dobrego Człowieka, który
miał odwagę zaangażować się w problemy
ochrony zdrowia, myśląc zarówno o pacjentach
Rzeczypospolitej Polskiej, jak i o jej lekarzach.
Cześć Pana Pamięci.*

w Naczelnej Radzie Adwokackiej:

*Ś. P. Pani Prezes,
Tak trudno pogodzić się, że przed
Pani nazwiskiem dopisujemy „ś.p.”.
Środowisko lekarskie nigdy nie
zapomni spotkań naszych samorządów
zawodowych, pełnych z Pani strony
dobrych słów i wielkich zamierzeń.
Zawsze będziemy wspominać Pani
zaangażowanie we współpracę,
która miała na celu dobro tych,
którzy pokładają wiarę i nadzieję
w działalność izb i ich Rad –
adwokackiej, lekarskiej i innych.
Cześć Pani Pamięci.*



Płk dr hab. n. med. Wojciech Lubiński miał 40 lat. Był ostatnim osobistym lekarzem Prezydenta Lecha Kaczyńskiego. Absolwent Wojskowej Akademii Medycznej z 1994 r. przed 6 tygodniami uzyskał tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych. Specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc. Karierę lekarską zaczynał jako lekarz Jednostki Wojskowej w Ostródzie. Od 1996 r. asystent w Wojskowym Szpitalu Gruźlicy i Chorób Płuc w Otwocku. Od 2000 r. pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii CSK MON. Od 2008 r. był zastępcą Komendanta Centralnego Szpitala Klinicznego MON. 24 kwietnia miał zamieszkać w swoim nowym domu. Pozostawił żonę i dwoje dzieci.

Opowiada płk dr med. Jerzy Smoszna:

Stanowiliśmy z Wojtkiem uzupełniający się duet, do którego dołączyliśmy jeszcze ostatnio młodszego kolegę kapitana. Mniejsza o nazwiska, mamy działać dyskretnie i skutecznie. Nasza praca polegała na ciągłym zabezpieczeniu Prezydenta i jego rodziny. Wojtek był bardzo znany, choćby jako rzecznik prasowy szpitala. Przed czterema

tygodniami zadzwoniono do mnie z Kancelarii Prezydenta z pytaniem: Który z was poleci do Katynia? Bez wahania odpowiedziałem, że ja, bo teraz moja kolej. Ale po chwili spotkałem Wojtkę i zapytałem, czy on nie chciałby być w tym czasie w Katyniu, tym bardziej że ja byłem już dwa lata wcześniej. Po krótkim wahaniu zgodził się. No i poleciał za mnie... Ja żyję, on zginął. Był wspaniałym człowiekiem, świetnym i spełnionym lekarzem, zdolnym naukowcem, fantastycznym kolegą, życie było przed nim. Będzie mi go brakowało.

Radio TOK FM – 12 kwietnia

Mówi płk prof. Jerzy Kruszewski:

Wojtek Lubiński, lekarz Prezydenta, 24 lutego miał kolokwium habilitacyjne przed Radą Naukową Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Razem z profesorami Władysławem Pierzchałą i prof. Pawłem Górskim byliśmy recenzentami jego dorobku naukowego i pracy habilitacyjnej. Po tym wydarzeniu odbył się uroczysty obiad, na który przybyła Para Prezydencka z gratulacjami dla habilitanta – swojego lekarza. Spędziliśmy z nimi prawie 4 godziny w bardzo miłej atmosferze. To było tak niedawno.

Poniżej zdjęcie z tego spotkania, na którym obok ww. osób jest Wojtek Lubiński wraz z małżonką (trzecia i czwarta osoba od lewej) i córeczką (stoi przed Marią Kaczyńską) oraz współpracownicy w jego działalności naukowej i przedstawiciele dyrekcji Wojskowego Instytutu Medycznego z gen. dr. hab. n. med. Grzegorzem Gielerakiem (trzeci od prawej).

Wojtek był wyjątkowym człowiekiem, świetnym lekarzem, oficerem,



naukowcem i kolegą. Wielka szkoda i żal z powodu jego przedwczesnej, tragicznej śmierci. Zginął na posterunku.

Wśród ofiar katastrofy pod Smoleńskiem była dr Bronisława Orawiec-Löffler, emerytowana lekarz stomatolog z Poronina. Na pokładzie samolotu znalazła się na zaproszenie z Kancelarii Prezydenta, ze względu na zasługi, jako przedstawicielka Stowarzyszenia Rodzin Katyńskich.

Jak powtarzają zgodnie media, Swoje życie poświęciła medycynie i walce o pamięć ofiar mordu w Katyniu. Była bratanicą podpułkownika Franciszka Orawca, dowódcy 2 Pułku Strzelców Podhalańskich, polskiego oficera zamordowanego w Katyniu.

Miała 81 lat. Urodziła się 16 lutego 1929 r. w Poroninie i z nim była związana przez wszystkie swoje lata. Początki pracy zawodowej spędziła w Nowym Targu, jako kierownik zakładu protetyki, potem pracowała w Bukowinie Tatrzańskiej. W Poroninie prowadziła swoją praktykę lekarską. Społeczność tatrzańska wyraża się o niej z ogromną sympatią i szacunkiem.

Dr Bronisława Orawiec-Löffler aktywnie działała w miejscowym Związku Podhalan. Organizowała liczne konkursy dziecięce. Na spotkaniach z młodzieżą szkolną opowiadała o tragicznych zdarzeniach w Katyniu. Współpracowała z prezesem IPN-u Januszem Kurtyką.

Cześć Jej Pamięci.

Anna Lella
Komisja Stomatologiczna NRL

Piszę ten tekst jedenastego kwietnia, zaraz po powrocie z alei Żwirki i Wigury w Warszawie, gdzie wraz z tysiącami warszawiaków towarzyszyłem tragicznie zmarłemu Prezydentowi Rzeczypospolitej prof. Lechowi Kaczyńskiemu w ostatniej drodze na trasie z lotniska do Pałacu Prezydenckiego. Porażającą wiadomością o tragedii w lesie pod Smoleńskiem usłyszałem wraz z delegatami na XXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy mojej Izby. Zupełnie rozbici napływającymi informacjami, zgodnie zdecydowaliśmy o zawieszeniu obrad.

Po powrocie do domu, z każdą chwilą dowiadywa-

łem się o kolejnych osobach, które także zginęły w katastrofie. Było to dla mnie o tyle bardziej przygnębiające, że wiele z nich znałem osobiście, z niektórymi przyjaźniłem się, a z kilkoma byłem w zażyłych stosunkach obejmujących także ich i moich bliskich. Wśród zmarłych parlamentarzystów dobrze znałem (niektórych z dawnych czasów Niezależnego Zrzeszenia Studentów) Krystynę Bochenek, Janinę Fetlińską, Przemysława Gosiewskiego, Izabelę Jarugę-Nowacką, Aleksandrę Natalli-Swiat, Macieja Płażyńskiego, Krzysztofa Putrę, Jolantę Szymanek-Deresz, Edwarda Wodę. Wiele spotkań odbyłem z rzecznikiem praw obywatelskich Janem Kochanowskim, prezesem Naczelnej Rady Adwokackiej Joanną Agacką-Indecką, redaktorem naczelnym „Palestry” Stanisławem Mikke. Jestem zaprzyjaźniony z rodziną Janusza Krupskiego, jednej z legend opozycji demokratycznej od lat siedemdziesiątych XX w. Niektórych z tych, którzy tak nagle odeszli, widziałem jeszcze kilka dni temu.

Pomijając trudny wymiar osobisty tej tragedii, tak jak miliony Polaków widzących w osobie urzędującego Prezydenta symbol i uosobienie Rzeczypospolitej i jej majestatu, niezwykle boleśnie odczułem śmierć Pary Prezydenckiej. W czasie swojego prezesowania Naczelnej Rady Lekarskiej często kontaktowałem się z najbliższymi współpracownikami Pana Prezydenta; miałem też kilkakrotnie okazję spotkać Lecha Kaczyńskiego osobiście. Zapamiętałem Go jako zaskakująco ciepłego, ujmującego miłego w bezpośredniej rozmowie, ale przede wszystkim jako człowieka o wielkiej wrażliwości na krzywdę ludzką i niesprawiedliwość. Mówiąc o ochronie zdrowia wielokrotnie podkreślał konstytucyjną odpowiedzialność państwa za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego wszystkim Polakom, przede wszystkim zaś tym, którzy ze względu na swoją pozycję społeczną lub status materialny stają zupełnie bezradni wobec choroby i cierpienia, która dotknęła ich lub ich bliskich.

Pan Prezydent Kaczyński patronował poznańskim obchodom dwudziestolecia naszego samorządu w 2009 r. – w przesłaniu do zgromadzonych podkreślał swój szacunek dla zawodu lekarza, ale także doceniał ważną rolę, jaką dla dobra publicznego pełnią izby lekarskie. Kilkakrotnie w ciągu sprawowania najwyższego Urzędu organizował konferencje dotyczące problemów, z jakimi

dokończenie na str. 25



Z notatnika rzecznika prasowego



Tragedia, która wydarzyła się 10 kwietnia br. poruszyła serca wszystkich Polaków.

W czasie żałoby narodowej odwołano zaplanowane spotkania, wiele czasu poświęcono ostatnim pożegnaniam Wielkich Polaków. W dniu tragedii na stronie internetowej NIL i wielu innych izb okręgowych zamieszczono kondolencje, wysłano listy kondolencyjne do rodzin tragicznie zmarłych.

Naczelna Rada Lekarska otrzymała kondolencje przedstawicieli izb oraz stowarzyszeń lekarzy i lekarzy dentystów m.in. z Portugalii, Chorwacji, Rosji, Słowenii, Turcji oraz od prezydenta Rady Europejskich Lekarzy Dentystów.

14 kwietnia Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej dokonali wpisów w księgach kondolencyjnych.



Na posiedzeniu Prezydium NRL 26 marca br. powołano kolegium redakcyjne „Gazety Lekarskiej”, w skład którego weszli lekarze: Jarosław Wanecki z Płocka, Ryszard Golański z Łodzi, Jolanta Małmyga z Gorzowa Wielkopolskiego, Wojciech Marquardt z Katowic, a także osoby pełniące funkcje: redaktora naczelnego „Gazety”, redaktora Biuletynu Naczelnej Rady Lekarskiej i rzecznika prasowego Naczelnej Rady Lekarskiej.

Kolegium zebrało się 13 kwietnia, aby omówić kierunki dalszego funkcjonowania pisma.

W kwietniu dokonano wyboru składu Komisji Kształcenia, w skład której weszli: Jerzy Kruszewski – przewodniczący, Teresa Bachanek, Krzysztof Bielecki, Stanisław Bień, Jerzy Friediger, Bartłomiej Guzik,

Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Klaudiusz Komor, Romuald Krajewski, Władysław Nekanda-Trepka, Jan Stasiewicz, Konstanty Radziwiłł, Andrzej Wojnar, Karolina Woźniak.



Prezydium NRL rozpatrywało projekty stanowisk w sprawach: zarządzenia prezesa Rady Ministrów zmieniającego zarządzenie w sprawie powołania Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia, rozporządzenia prezesa Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego; rozporządzeń ministra zdrowia zmieniających rozporządzenia w sprawach: – wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności, – sprawowania przez służbę medycyny pracy profilaktycznej opieki zdrowotnej nad osobami objętymi opieką na ich wniosek, – projektu stanowiska Rządu RP do dokumentu „Communication from the Commision – Executive Summery of the Pharmaceutical Sector Inquiry Report COM(2009) 351”, – wykazu produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu pozaaptecznego oraz w punktach aptecznych.



W „Tygodniku Powszechnym” 21 kwietnia br. ukazał się artykuł autorstwa Katarzyny Turek-Fornelskiej i Jerzego Friedigera z Krakowa odnoszący się do tekstu Elżbiety Isakiewicz, zamieszczonego w 11 numerze „Tygodnika Powszechnego” z 14 marca 2010 r. Autorzy piszą w nim m.in. tak: Nie wiadomo, skąd pochodzą przytaczane przez Autorkę informacje, że z czterech tysięcy spraw wpływających do rzeczników odpowiedzialności zawodowej 90 proc. kończy się oddaleniem lub umorzeniem. W roku 2006 na 2469 spraw zakończonych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności

zawodowej przy izbach lekarskich, wnioski o ukaranie skierowano przeciwko 389 lekarzom. W roku 2007 na 2225 spraw – 376 wniosków. W 2008 roku – 425 wniosków. Ponadto Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej skierował do ponownego rozpatrzenia odpowiednio 119, 133 i 119 spraw oddalonych bądź umorzonych. Takie są oficjalne dane pochodzące ze sprawozdania NROZ. Całe sprawozdanie jest dostępne na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej i ono stanowi wiarygodne źródło danych. To kolejne nieprawdziwe informacje Autorki artykułu i manipulowanie danymi statystycznymi. Przytaczane przez Autorkę szokujące dane odnoszące się do liczby ofiar błędów lekarskich nie pochodzą z żadnych opracowań naukowych.

Delegacje

– **Konstantego Radziwiłła** na posiedzenie Komitetu Wykonawczego Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich,
– **Macieja Hamankiewicza** i **Konstantego Radziwiłła** na posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich,
– **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie Zarządu oraz Rady Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów, które miały się odbyć 16 i 17 kwietnia br. w Brukseli
– **Macieja Hamankiewicza** do St. Petersburga w dn. 21-25 kwietnia br. nie doszły do skutku z powodu pyłu, jaki unosił się w przestrzeni powietrznej po erupcji wulkanu na Islandii i spowodował odwołanie lotów.

Katarzyna Strzałkowska
tel. 22-559-13-27
faks 22-559-13-26
e-mail: k.stralkowska@hipokrates.org

Katarzyna Strzałkowska związana jest z samorządem lekarskim od 11 lat, pełniła dotychczas funkcję rzecznika prasowego Śląskiej Izby Lekarskiej oraz zastępcy redaktora naczelnego pisma „Pro Medico” wydawanego dla 14 tysięcy lekarzy na Śląsku. Z wykształcenia politolog i dziennikarz, absolwentka Uniwersytetu Śląskiego. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu prawa prasowego i autorskiego na Uniwersytecie Jagiellońskim, była wykładowcą w Górnośląskiej Wyższej Szkole Handlowej w Katowicach. Prywatnie mężatka i mama dwójki dzieci.

Zginęli na posterunku

dokończenie ze str. 23

borykają się polscy pacjenci i pracownicy służby zdrowia. 19 marca w Belwederze podczas konferencji podsumowującej dwuletni czas po Białym Szczycie mówił o konieczności podniesienia publicznych nakładów na ochronę zdrowia, zapewnienia chorym dobrego dostępu do szerokiego zakresu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, a pracownikom zakładów opieki zdrowotnej godziwych wynagrodzeń. Po raz kolejny podkreślił, że mechanizmy rynkowe nie są dobrym sposobem naprawiania systemu ochrony zdrowia. Zdrowie, tak jak edukacja, powinno być pod szczególną opieką państwa i być dostępne nie tylko dla bogatych i bardziej obrotnych. Odczułem to trochę jak przypomnienie kilku artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej przywołujących nasze bezwzględne zobowiązania w stosunku do chorych bez względu na ich status oraz naciski rynku i administracji.

Odszedł mąż stanu, ale też wrażliwy, dobry człowiek.

Konstanty Radziwiłł

Doktor nauk prawnych Janusz Kochanowski zginął w drodze na uroczystości 70 rocznicy mordu katyńskiego.

Jako naczelny rzecznik odpowiedzialności zawodowej III kadencji współpracowałam z Nim. Był zatrudniony w Naczelnej Izbie Lekarskiej od 1998 r. Niezawodny doradca i ekspert w naszej działalności związanej z problemami prawnymi czuwał nad właściwym postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Udział Jego w Kolegiach Zespołu NROZ



odbywających się w odstępach 2-tygodniowych ułatwiał nam pracę i zapewniał podejmowanie decyzji właściwych z punktu widzenia zasad etyki i obowiązujących norm prawnych. Dr Janusz Kochanowski był dla mnie oparciem w pełnieniu obowiązków NROZ.

Człowiek o szerokich horyzontach, doskonałej znajomości prawa, z wielkim doświadczeniem zawodowym, pracownik naukowy Wydziału Prawa Uniwersytetu Warszawskiego, autor wielu prac naukowych, wieloletni ekspert komisji sejmowych, społecznik, założyciel i prezes fundacji „Ius et Lex”, dyplomata – w latach 1991-95 konsul generalny w Wielkiej Brytanii. Jak i kiedy zdążył tego dokonać?

Był nieocenionym wykładowcą i uczestnikiem szkoleń organizowanych przez Biuro NROZ dla zastępców naczelnego rzecznika oraz okręgowych rzeczników z całego kraju. Zawsze dzielił się chętnie swą wiedzą i doświadczeniem.

Był doświadczonym prawnikiem, ale przybył do nas bez dostatecznej znajomości specyfiki zagadnień medycznych, z którymi spotykaliśmy się w codziennej pracy w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Problemy te jak wiadomo

są niezwykle złożone. Nawet samo określenie odpowiedzialność „zawodowa” nie jest jednoznaczne i należałoby je odróżnić od odpowiedzialności „dyscyplinarnej”.

Dr Kochanowski będąc człowiekiem niezwykle inteligentnym i pracowitym szybko zapoznał się ze specyfiką problemów w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarza. Miewał odrębne zdanie w dyskusji, ale często potrafił przekonać uczestników Kolegium do swych racji uzasadnionych z punktu widzenia prawa, co pozwalało na podejmowanie właściwych decyzji.

W 2001 r. odszedł do pracy naukowej na Wydziale Prawa UW. Nie przewidywaliśmy wtedy, że w niedługim czasie obejmie wysokie stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich. Odczuwaliśmy żal, ale musieliśmy się pogodzić z tym faktem.

A teraz, gdy Go ostatecznie zabrakło, wierzymy, że odszedł Tam otwartą drogą, bo:

A jeśli komu otwarta droga do nieba, to tym co służą Ojczyźnie

prof. dr hab. med.

Krystyna Rowecka-Trzebicka
naczelną rzecznik odpowiedzialności
zawodowej (1997-2001)

**Z głębokim żalem żegnamy
tragicznie zmarłego w katastrofie lotniczej
nad Katyniem**

śp.

**Ks. infułata dr. Zdzisława Króla
1935-2010**

**Opiekuna naszego środowiska
i wieloletniego
Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia**

warszawscy lekarze katolicy

**Wyrazy serdecznego współczucia i żalu
dr Ewie Solskiej
po tragicznej śmierci,
w katastrofie samolotu pod Smoleńskiem,
męża Leszka
przekazują
koleżanki i koledzy z lat studiów 1957-63 w AMG**

**Będzie nam bardzo brak Leszka
na naszych spotkaniach,
w których z Tobą zawsze uczestniczył.**

Kardiochirurg z technicznym zacięciem

Z prof. Jackiem Mollem, kierownikiem Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi - Łodzianinem roku 2009 rozmawiają Lucyna Krysiak i Ryszard Golański

• **Został pan Łodzianinem Roku 2009, czy spodziewał się pan tego wyróżnienia?**

– Nie, wśród nominowanych byli ludzie, których nazwiska są powszechnie znane. Wydawało mi się, że to, co robię, znane jest w kręgach medycznych i wśród rodzin operowanych dzieci. Wygrana w tym plebiscycie była więc dla mnie miłą niespodzianką.

• **Czy domyśla się pan, co zdecydowało o sukcesie?**

– Wcześniej dostałem Order Uśmiechu, przyznawany przez dzieci. Z tej okazji często pokazywano nasz oddział, podobnie jak przy akcjach Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Stało się o nas głośno także za sprawą trudności, jakie przeżywamy. W założeniu miał być to oddział operujący łódzkie dzieci, a przyjmujemy je z całej Polski. Na operacje muszą czekać w kolejce. Myślę, że łodzianie rozumieją

konieczność modernizacji oddziału i wybór mojej osoby na Łodzianina Roku jest wyrazem poparcia dla tych projektów.

• **Pochodzi pan z rodziny z lekarskimi tradycjami, ojciec, prof. Jan Moll był wybitnym kardiochirurgiem. Jak zareagowałby na ten tytuł?**

– Ojciec był powściągliwy, ale cieszył się z każdego mojego sukcesu. Byłby dumny. Sam kiedyś od podstaw tworzył kardiochirurgię w Łodzi.

• **Zanim został pan lekarzem, skończył pan Politechnikę Łódzką i jest magistrem inżynierem. Dlaczego od razu nie wybrał pan medycyny?**

– Urodziłem się i dorastałem w Poznaniu. Mieszkaliśmy na terenie szpitala, do mieszkania przechodziliśmy przez poradnię dermatologiczną. Jako chłopak patrzyłem na cier-

pienia chorych i postanowiłem zostać inżynierem. Chciałem konstruować sprzęt medyczny. Ojciec popierał mój wybór. Był pasjonatem wszelkich nowinek technicznych, uważał, że bez nich medycyna nie mogłaby się rozwijać. Czułem jednak niedosyt i poszedłem na medycynę. Nie było łatwo, bo miałem już żonę i dwoje dzieci. Kiedy zacząłem studiować, żona właśnie skończyła. Ten nierówny start sprawił, że byłem mężem i ojcem od święta.

• **Ojciec pana wychował wielu wybitnych kardiochirurgów, jak to się stało, że po studiach trafił pan do prof. Zbigniewa Religi w Zabrze?**

– Krótko pracowałem u ojca w Szpitalu im. Sterlinga w Łodzi, ale wyjechałem do USA na szkolenie i to zaważyło o moim dalszym losie. Zajmowałem się dziećmi po operacjach kardiochirurgicznych i jednocześnie pracowałem w laboratorium, gdzie przeprowadziłem blisko dwieście operacji na bijącym sercu zwierząt. To był materiał, który pozwolił mi zrobić doktorat. Potem była Szwajcaria, gdzie zdobyłem doświadczenie na sali operacyjnej. Po powrocie szukałem miejsca, gdzie mógłbym się dalej rozwijać. Zabrze było jedynym ośrodkiem w kraju, gdzie przeszczepiano serca, prowadzono zaawansowane badania nad sztucznymi komorami. Był to dla mnie poligon doświadczalny. Spędzałem tam cały tydzień, do Łodzi wracałem tylko na weekendy. U profesora Religi w Zabrze spędziłem trzy i pół roku. Z czasem profesor Religa mianował mnie swoim zastępcą.

• **Co było później?**

– Profesor przeczuwał konieczność rozdzielenia kardiochirurgii dorosłych i dzieci. Na Zachodzie i w USA już tak się stało. Rozwój neonatologii sprawił, że przeżywało coraz więcej noworodków z wadami rozwojowymi, również serca, potrzebującymi operacji. Tak

małe dzieci wymagają jednak specyficznej diagnostyki i technik operacyjnych. Profesor wysłał mnie więc do Stanów Zjednoczonych, abym się rozejrzył, jak wróciłem wszystkie dzieci kierował na operacje do mnie. Wiedziałem już, że znalazłem własną drogę.

• **Dlaczego wrócił pan do Łodzi?**

– Miałem tu rodzinę i przyjazny klimat, aby mieć własny oddział. Profesor Tomasz Pertyński, ówczesny dyrektor Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, miał wizję stworzenia w tym szpitalu nowoczesnego, z prawdziwego zdarzenia oddziału kardiochirurgii noworodkowej i niemowlęcej. Zaczynaliśmy od zera. Udało mi się jednak ściągnąć z Zabrza perfuzjonistę Piotra Karczewskiego i instrumentariuszkę Małgosię Gryglas. Do pierwszej operacji przyjechała też z Zabrza anestezjolog dr Ewa Kucewicz i profesor Religa, który udzielił nam błogosławieństwa. Szczęśliwie mieliśmy do dyspozycji anestezjologów z Matki Polki, którzy na co dzień znieczulali noworodki. Nowe były wady serca i tego trzeba było się uczyć. Miałem także kardiologów dziecięcych, którzy przeszli do nas ze szpitala przy ulicy Spornej. Przed nimi jednak także pojawiły się nowe wyzwania. Musieliśmy nauczyć się ściśle współpracować ze sobą.

• **Ile lat pan miał, kiedy rozpoczynał pracę w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi?**

– Czterdzieści i byłem najmłodszym szefem kardiochirurgii w Polsce. Przez pierwszych dziesięć lat praktycznie mieszkalem w szpitalu, byłem podporządkowany temu, co się tutaj działo. To jest ta cena, którą trzeba zapłacić, jeśli tworzy się coś od podstaw. Teraz jestem w bardziej komfortowej sytuacji, bo mam zespół wykształconych lekarzy, którzy mogą mnie we wszystkim zastąpić. Rzadko się zdarza, żebym musiał w nocy przyjeżdżać do szpitala. Kiedyś to było normą.

• **W zespole pracuje również pański syn. Czy to znaczy, że historia się powtarza?**

– Można tak powiedzieć. To kolejny kardiochirurg w naszej rodzinie. Również najmłodsza córka spośród czwórki naszych dzieci studiuje medycynę. Żona jest kardiologiem dziecięcym i moim wsparciem. Gdyby nie rozumiała tego, co robię, nasze małżeństwo ległoby w gruzach. Nie raz zadawano mi pytanie: Czy chcesz mieć pracę, czy rodzi-



ne? Szczęśliwie udało nam się zachować jedno i drugie.

• **Jak wygląda mapa ośrodków w Polsce, gdzie operuje się dzieci z wadami serca?**

– Jest ich kilka – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, Kraków, Poznań, Wrocław, Łódź i dołącza Gdańsk. Każdy z nich ma swoje problemy. Nasz łódzki ośrodek liczy zaledwie 7 miejsc pooperacyjnych i 15 łóżek standardowych. Brak miejsc to nasza największa bolączka. Na szczęście obecnie noworodki nie muszą już być operowane z dnia na dzień, ale kolejka u nas nie może przekraczać kilku dni. Mamy także pacjentów wymagających kolejnego etapu operacji. Mimo złych warunków lokalowych w minionym roku zoperowaliśmy około 500 dzieci, w tym 350 w krążeniu pozaustrojowym. Ale to nie może trwać wiecznie.

• **Czy są szanse na zmianę tej sytuacji?**

– Jest projekt zaadoptowania i modernizacji części pomieszczeń, w których znajdowała się apteka szpitalna. Będą tam dwie sale operacyjne i liczący 15 łóżek oddział intensywnej terapii oraz powiększony do 20 miejsc oddział obecny. Na jego realizację dostaliśmy od Ministerstwa Zdrowia 16 mln zł. Wierzę, że w ciągu dwóch lat przeniesiemy się do nowych pomieszczeń.

• **Jaki prywatnie jest Jacek Moll?**

– Domowy. Od dwudziestu lat buduję dom na wsi, który sam zaprojektowałem. Lubię spokój i pracę, przy których wypo-

czywam. Zajmuję się w domu męskimi sprawami – hydrauliką, elektryką. To działalność związana z tą połową mnie, która jest inżynierem. Wystrój wnętrz pozostawiam żonie, zdecydowanie lepiej się na tym zna. Mamy trochę starych mebli i obrazów po dziadku, który był przed wojną aptekarzem w Inowrocławiu. Za wyjątkiem kilkudniowych wypadów na narty, nie cierpię urlopów. Na szczęście oboje lubimy ten sport. Po intensywnym tygodniu w szpitalu potrzebuję wolnego weekendu i ciszy. Stąd wzięło się moje myślistwo. Lubię chodzić do lasu, zaczynać się na dzika na ambonie i obserwować świt. Świat zwiedzamy przy okazji zjazdów i konferencji. Na co dzień jesteśmy domatorami. Mamy wnuki, dwa psy, kota, ogród.

• **Czym pan jeszcze zaskoczy środowisko lekarskie? Jakie są pana plany zawodowe i prywatne na przyszłość?**

– Kardiochirurgia noworodka i niemowlęcia stawia przed nami nowe wyzwania. Operowane w niemowlęctwie dzieci z wadami rozwojowymi serca dorastają i już jako duże dzieci, a potem dorośli wymagają kolejnych operacji. Musimy być na to przygotowani, tym bardziej że ich liczba będzie wzrastać. Najważniejsze jest jednak, aby nie odstawać od najlepszych. W kardiochirurgii udało nam się w pewnym momencie dogonić świat i trzeba zrobić wszystko, aby nie odpaść. Zostało mi 10 lat do emerytury i moją ambicją jest zostawić oddział nowoczesny, zbliżony do amerykańskich wzorców. Myślę też o przeszczepach u dzieci, ale nie chciałbym zdradzać tych planów, by nie zapeszyć.

GAZETA
FARMACEUTYCZNAGazeta
LekarskaMonitorowanie działań
niepożądanych
Decyzje dotyczące
stosowania leków – część II

– **izotretinoina** – w 2005 r. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków zatwierdziła dla produktów zawierających izotretinoinę bardziej restrykcyjny program zarządzania ryzykiem, by zapobiec przypadkom zachodzenia w ciążę przez pacjentki leczone tym lekiem z powodu trądziku. Lekarze przepisujący lek, farmaceuci i pacjenci, którzy zaakceptują specjalne warunki związane z realizacją tego planu, zostają zarejestrowani zanim zostaną objęci tym projektem. Rejestracja ta jest warunkiem przepisywania, obrotu i stosowania izotretinoiny.

– **ketokonazol** – w Wielkiej Brytanii w 2008 r. ograniczono stosowanie ketokonazolu, ze względu na jego potencjalne działania hepatotoksyczne. Agencja brytyjska the Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) zaleciła, by doustne leki zawierające ketokonazol stosować jedynie w leczeniu zapalenia mieszków włosowych wywołanych przez drożdżaki z rodzaju *Malassezia*, grzybicy skóry i przewlekłej kandydozie, których nie można leczyć miejscowo. Stosowanie ketokonazolu jest dozwolone tylko u pacjentów opornych na leczenie flukonazolem, terbinafiną lub itraconazolem oraz u pacjentów nie tolerujących tych leków.

– **L-arginina** – w 2006 r. w Kanadzie postanowiono, że stosowanie L-argininy powinno być przeciwwskazane u pacjentów po przebytym ataku serca. Zgodnie z wynikami badania opublikowanego w styczniu 2006 r. w czasopiśmie „*The Journal of the American Medical Association*” L-arginina może nie pomagać w poprawie krążenia po przebytym ataku serca i może wiązać się ze wzrostem ryzyka zgonu, jeżeli stosuje się ją po takim incydencie krążeniowym. Wymaga się, by druki wszystkich produktów L-argininy uzupełniono o te nowe informacje.

– **meloksikam** – w 2006 r. w Serbii zakazano stosowania meloksikamu u pacjentów z krwawieniami z przewodu pokarmowego, świeżymi krwawieniami mózgowymi lub innymi chorobami przebiegającymi z krwawieniem, a także u pacjentów z ciężką niewydolnością krążenia. Przeciwwskazania takie sformułowano ze względu

na ryzyko maskowania przez podanie meloksikamu objawów zakażenia, a także z powodu interakcji z lekami z grupy antagonistów receptora angiotensyny II oraz lekami z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny, prowadzącej do ostrej niewydolności nerek.

– **meprobamat** – w 2008 r. agencja brytyjska MHRA zaleciła lekarzom, by nie rozpoczynali leczenia meprobamatem (lek anksjolityczny) ze względu na ryzyko uzależnień, nadużywania leku i wielu towarzyszących terapii działań niepożądanych.

– **metamizol** – w 2006 r. wycofano z rynku we Francji wszystkie produkty z metamizolem ze względu na negatywny stosunek korzyści ze stosowania w odniesieniu do ryzyka towarzyszącego stosowaniu metamizolu. W 2005 r. w Serbii zalecono zamieszczenie w drukach wszystkich leków zawierających metamizol ostrzeżenie: „Nie zaleca się stosowania leku u dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia”. Wskazania do stosowania produktów z metamizolem ograniczono do krótkiego leczenia stanów pourazowych, bólu po zabiegach chirurgicznych, gdy nieopiodowe leki przeciwbólowe okazują się nieskuteczne. Kroki takie oparto na obserwowanych przypadkach agranulocytozy (w tym jednego przypadku zakończonego zgonem) związanych ze stosowaniem metamizolu, ograniczeń stosowania w innych krajach i piśmiennictwie medycznym na ten temat.

– **metoklopramid** – w 2007 r. w Holandii, po stwierdzeniu zwiększonej liczby przypadków zespołu pozapiramidowego u dzieci leczonych metoklopramidem, the Medicines Evaluation Board ograniczył stosowanie leku w tej populacji. Podjęto decyzję, że podanie metoklopramidu jest dozwolone jedynie w przypadkach ciężkich nudności i wymiotów o ustalonej przyczynie lub gdy stosowanie innych leków okaże się nieskuteczne lub niemożliwe.

– **nimesulid** – we wrześniu 2007 r. naukowy komitet Agencji Oceny Leków – Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) zalecił w celu zminimalizowania ryzyka rozwoju wystąpienia przypadków uszkodzenia wątroby, że leczenie nimesulidem należy ograniczyć do 15 dni. Wszystkie opakowania zawierające więcej niż 30 dawek leku należy wycofać z rynku. W maju 2007 r. irlandzka agencja the Irish Medicines Board postanowiła zawiesić stosowanie nimesulidu. Decyzja dotyczyła preparatów Aulin granulat i tabletki 100 mg,

preparatu Mesulin granulat i tabletki 100 mg, preparatu Mesine tabletki 100 mg. Agencja oparła swoją decyzję o informacji uzyskane z centrum transplantacji wątroby – National Liver Transplant Unit o 6 chorych wymagających transplantacji tego narządu w wyniku jego uszkodzenia przez stosowany nimesulid. Agencja irlandzka otrzymała 53 zgłoszenia opisujące niepożądane działania dotyczące wątroby od 1995 r., gdy lek zarejestrowano w Irlandii. W listopadzie 2005 r. ograniczenia stosowania nimesulidu wprowadzono w Serbii. Wskazania objęły leczenie ostrego bólu, objawowe leczenie zapalenia kostno-stawowego – czy zapalenia kości i stawów oraz bolesne miesiączkowanie. Przeciwwskazano stosowanie nimesulidu u dzieci poniżej 12 roku życia, pacjentów z czynną chorobą wrzodową, chorobami wątroby lub ciężką niewydolnością nerek. Zwrócono uwagę, by nie stosować nimesulidu z innymi lekami o potencjalnym działaniu hepatotoksycznym, innymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi, alkoholem. Decyzję podjęto na podstawie danych o zwiększonym ryzyku hepatotoksyczności i nefrotoksyczności związanych ze stosowaniem nimesulidu. W czerwcu 2007 r. zakazano na Ukrainie stosowania nimesulidu u dzieci poniżej 12 roku życia.

– **pemolina** – w Stanach Zjednoczonych 2005 r. wycofano pemolinę ze względu na ryzyko toksycznego działania tego leku na wątrobę. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków uznała, że ryzyko uszkodzenia wątroby przez pemolinę przewyższa korzyści jej stosowania. Wskazaniem dla tego leku (preparat Cylert) jest ADHD. Do amerykańskiej Agencji wpłynęło 13 zgłoszeń o niewydolności wątroby zakończonej zgonem lub transplantacją narządu. Producent leku, firma Abbott zaprzęstała jego sprzedaż w maju 2005 r. Tak samo postąpiły firmy produkujące leki odtwórcze.

op. dr Agata Maciejczyk
kierownik Wydziału Monitorowania
Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

na podstawie: Pharmaceuticals: Restrictions in use and availability. Prepared within the context of the United Nations publication: „Consolidated List of Products whose Consumption and/or Sale have been Banned, Withdrawn, Severely Restricted or Not Approved by Governments” World Health Organization. Update of the Twelfth Issue – 2008

Nowe zalecenia
dla aspiryny

Lekarze zalecający swoim pacjentom stosowanie aspiryny, jako leku zapobiegającemu tworzeniu się zatorów, powinni zawsze brać pod uwagę stosunek korzyści do ryzyka, jakim może być krwawienie z przewodu pokarmowego. Dodatkowo najnowsze wyniki badań wskazują na istnienie różnicy w działaniu protekcyjnym, przeciwzakrzepowym, aspiryny pomiędzy mężczyznami i kobietami. Uwzględniając wyniki tych badań ustalono, że zaleca się stosowanie kwasu acetylosalicylowego u mężczyzn w wieku 45 do 79 lat, w którym to wieku przeważa korzystne działanie przeciwzakrzepowe, zapobiegające zawałowi serca, nad ryzykiem wystąpienia krwawienia z przewodu pokarmowego. Dla kobiet zaleca się podawanie aspiryny w wieku 55 do 79 lat, kiedy korzystne działanie przeciwzakrzepowe, chroniące przed udarem, przeważa nad ryzykiem krwawienia z przewodu pokarmowego. Nie zaleca się stosowania kwasu acetylosalicylowego u mężczyzn poniżej 45 roku życia, u kobiet poniżej 55 roku życia, a także powyżej 80 roku życia dla obu płci.

op. A.G.
na podstawie JAMA, 2009, 16, 1647

Ocena leków
antypsychotycznych

Kliniści, zwykle dopiero po ok. 10 latach od wprowadzenia nowych leków, są w stanie ocenić czy leki te stanowią rzeczywisty postęp w stosunku do leków już stosowanych. Tym razem S. Leucht i współpracownicy po 20 latach od wprowadzenia leków antypsychotycznych drugiej generacji przeprowadzili krytyczną ocenę skuteczności tych leków w porównaniu z lekami pierwszej generacji. Analizie poddano wyniki 150 randomizowanych testów. Pierwszy wniosek jaki się nasunął, to to, że nazwa „leki drugiej generacji” jest niewłaściwa i nie powinno się jej stosować, ponieważ w skład tej grupy wchodzi różne związki chemiczne i nie stanowią one jednorodnej klasy leków. W ramach tej grupy leki różnią się siłą działania, mają różny profil działań niepożądanych i nie wykazują specjalnych atypowych właściwości, które wyróżniałyby je od typowych leków pierwszej generacji. Jako grupa nie są

bardziej efektywne, nie mają lepszego profilu działań niepożądanych od leków pierwszej generacji, a koszty leczenia są wyższe. Analiza wyników 150 badań wykazała, twierdzi Leucht, że często testy były tak prowadzone, aby faworyzować leki drugiej generacji, np. aż w 95 testach leków drugiej generacji wykorzystano jako lek porównawczy haloperidol (lek pierwszej generacji) ze względu na jego siłę działania, a co za tym idzie ze względu na jego silne działania niepożądane ze strony układu pozapiramidowego. Większość leków badanych wypadła korzystnie. Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, pisze Peter Tyrer, że badania leków drugiej generacji były bardziej skierowane na startęgię marketingową, niż na przedstawienie rzetelnych danych klinicznym i pacjentom. Oczywiście nie można stwierdzić, że wszystkie leki antypsychotyczne działają tak samo i że były tak oceniane. Konieczne jest stałe szukanie nowych leków. Jednak przy opracowywaniu nowych leków należy pamiętać, aby nie ulegać wpływom i naciskom rynku farmaceutycznego, konkluduje Peter Tyrer.

op. A.G.
na podstawie „The Lancet” 2009, 9657, 4

Terapia genowa
spełnia swoją obietnicę

Od pierwszych badań terapia genowa wiązała się z nadzieją na leczenie wrodzonych chorób dziedzicznych przez wszczepienie prawidłowej kopii genu do komórek somatycznych. Sądono, że w chorobach takich jak anemia sierpowata czy beta talasemia, przewagą terapii genowej w porównaniu z konwencjonalnym przeszczepieniem hematopoetycznych komórek macierzystych od odpowiedniego dawcy będzie dostępność dla każdego pacjenta, brak odrzucania przeszczepu lub reakcji na przeszczep przeciw gospodarzowi. Jednak próby leczenia tych pospolitych, dobrze poznanych na poziomie molekularnym chorób zależnych od jednego genu okazały się nieuchwytne. Mimo łatwej dostępności macierzystej komórki hematopoetycznej napotkano wiele trudności natury technicznej. Konieczne było przeniesienie prawidłowego genu do dużej liczby komórek i wysokiego poziomu ekspresji genu beta-globiny w prekursorach erytrocytów. W połowie lat osiemdziesiątych zainteresowano się

rzadkim schorzeniem: ciężkim złożonym niedoborem odporności (SCID)* zależnym od niedoboru ADA (deaminazy adenozynej) jako potencjalnym kandydatem do leczenia za pomocą transferu genów techniką, która wówczas była dostępna. Pierwsze próby nie przyniosły jednak spodziewanego wyleczenia chorych, jednak w miarę ulepszania technik laboratoryjnych, stosowanych do wprowadzania prawidłowych genów do hematopoetycznych komórek macierzystych, w późnych latach 90. zaczęto odnosić sukcesy zarówno w SCID zależnym od niedoboru ADA jak i związanym z chromosomem X. W latach 2000-2002 opisano pierwsze przypadki rekonstrukcji odporności u niemowląt we Francji i we Włoszech w SCID zależnym od niedoboru ADA a także związanym z X. Metoda przeniesienia genów stosowana w obu ośrodkach była podobna, jednak tylko pacjenci ze SCID zależnym od niedoboru ADA otrzymywali wstępnie chemioterapię (busulfan) jako przygotowanie do przyjęcia „naprawionych” komórek macierzystych. Odkąd opublikowano te pionierskie badania, zachęcające rezultaty uzyskano także u chorych z SCID związanym z chromosomem X w Wielkiej Brytanii. Udokumentowano również wybiórczą amplifikację limfocytów ze skorygowanym genem hematopoetycznych komórek macierzystych. Większość leczonych chorych przeżyła i ma dobrze odbudowaną immunogenność, obserwowano jednak w kilku przypadkach zespoły limfoproliferacyjne z komórek T w czasie 2-5 lat po leczeniu, w 1 przypadku zakończony zgonem. Czas potrzebny do wyzdrowienia immunologicznego u chorych z SCID zależnym od niedoboru ADA jest wyraźnie dłuższy (6-12 mies.) w porównaniu z chorymi z SCID związanym z chromosomem X (3-6 mies.). Perspektywy dla kontynuacji badań nad terapią genową i rozszerzeniem do niej wskazań są korzystne. W aktualnych i planowanych badaniach klinicznych używa się bezpieczniejszych wektorów retrowirusowych, jak również pojawiają się metody naprawy genu in situ. Jest możliwe, że spełni się obietnica leczenia hemoglobinopatii, hemofilii, dystrofii mięśniowej i innych chorób uwarunkowanych genetycznie, dana przed dwudziestu laty.

*SCID – Ciężki zespół niedoboru odporności, znane są dwie postaci: związana z chromosomem X i związana z niedoborem ADA.

op. A.L.
na podstawie NEJM 2009, 5, 518-521

Kiedy lekarz może zastosować leki nie zarejestrowane w Polsce?



Zgodnie z art. 45 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej UoZL) lekarz może wdrażać lub kontynuować terapię w oparciu o środki farmaceutyczne i materiały medyczne dopuszczone do obrotu na terytorium Polski. Wyjątkiem od tej zasady jest możliwość rozpoczęcia lub kontynuowania procesu leczniczego przy użyciu produktów leczniczych zarejestrowanych do obrotu w innych krajach (art. 45 ust. 3 UoZL). Należy podkreślić, że wdrożenie produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu poza granicami Polski możliwe jest wyłącznie w ramach importu docelowego, który wymaga spełnienia ściśle określonych przesłanek, zastosowania formalnych procedur i uzasadnienia w dokumentacji medycznej.

Kwestie dotyczące importu docelowego zostały uregulowane w Ustawie Prawo Farmaceutyczne (dalej PF) oraz rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie sprowadzenia z zagranicy produktów leczniczych nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta (dalej RID).

Definicja importu docelowego

Import docelowy polega na sprowadzaniu spoza granic Polski produktów leczniczych nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu w kraju. **Na uwagę zasługuje fakt, że produkt leczniczy może zostać sprowadzony w ramach importu docelowego wyłącznie na rzecz konkretnego pacjenta.**

Sprowadzenie produktu leczniczego w ramach importu docelowego możliwe jest wówczas, gdy zostaną spełnione niżej wymienione przesłanki:

- **zastosowanie produktu leczniczego jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta,**

- produkt leczniczy jest dopuszczony do obrotu w kraju, z którego jest sprowadzany,
- produkt leczniczy posiada aktualne pozwolenie dopuszczenia do obrotu, w kraju z którego jest sprowadzany,
- w Polsce nie jest zarejestrowany odpowiednik produktu leczniczego z tą samą substancją czynną.

Uwaga! Należy podkreślić, że sprowadzenie produktu leczniczego w ramach importu docelowego jest możliwe tylko wówczas, gdy lekarz prowadzący proces diagnostyczno-terapeutyczny wyczerpał wszelkie dostępne metody terapii oraz wszelkie produkty lecznicze dopuszczone do obrotu w kraju.

Warto zaznaczyć, że lekarz może zadecydować o konieczności zastosowania produktu leczniczego niedopuszczonego do obrotu na terenie Polski również na początku terapii.

W takich przypadkach import docelowy produktu leczniczego jest uzasadniony, jeżeli:

- w oparciu o aktualną wiedzę medyczną należy przyjąć, że zastosowanie

- produktu leczniczego zwiększy efektywność procesu leczenia,
- zastosowanie produktu leczniczego ma na celu ochronę przed utratą życia, uszkodzeniem ciała, rozstrojem zdrowia,
- **produkt leczniczy ma zostać zastosowany w ramach postępowania profilaktycznego bądź zastosowanie produktu leczniczego zminimalizuje lub wyeliminuje wystąpienie ryzyka zdrowotnego (dotyczy to między innymi sprowadzania w ramach importu docelowego szczepionek),**
- zastosowanie produktu leczniczego na początku terapii wpłynie na jakość i sprawność kontynuacji procesu terapeutycznego.

Procedury związane z importem docelowym

Zgodnie z obowiązującym Prawem Farmaceutycznym podstawą sprowadzenia produktu leczniczego w ramach importu docelowego jest druk zapotrzebowania wystawiony przez jednostkę służby zdrowia lub lekarza prowadzącego proces diagnostyczno-

terapeutyczny poza zakładem opieki zdrowotnej.

W sytuacji, gdy zapotrzebowanie na import docelowy składa lekarz zatrudniony w ramach lecznictwa zamkniętego, podmiotem uprawnionym do złożenia druku zapotrzebowania w Ministerstwie Zdrowia jest szpital lub inna jednostka służby zdrowia.

W przypadku, gdy zapotrzebowanie na import docelowy wystawia lekarz wykonujący zawód poza zakładem opieki zdrowotnej (np. w ramach indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki lekarskiej), konieczne jest wypełnienie dwóch egzemplarzy druku. Drugi egzemplarz zapotrzebowania musi zostać dołączony do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta (§ 3 ust. 1 pkt 2 RID). W takiej sytuacji druk zapotrzebowania na import docelowy może zostać dostarczony do Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem poczty, faksu (w sytuacjach niecierpiących zwłoki) lub osobiście przez pacjenta.

Oплата za leki sprowadzone w ramach importu docelowego

Uwaga! Leki sprowadzane w ramach importu docelowego są refundowane na podstawie recepty lekarskiej (ważnej przez 120 dni) oraz zapotrzebowania ważnego przez okres 30 dni od potwierdzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu złożenia w hurtowni farmaceutycznej, na trzymiesięczną kurację.

Zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych leki sprowadzane z zagranicy w ramach importu docelowego mogą być wydane świadczeniobiorcy po wniesieniu opłaty ryczałtowej za każde opakowanie jednostkowe, pod warunkiem wydania zgody na refundację leku przez Prezesa NFZ. Wydając zgodę na refundację produktu leczniczego Prezes NFZ uwzględnia w szczególności:

- skuteczność kliniczną produktu,
- bezpieczeństwo i cenę w porównaniu z lekami o tym samym wskazaniu terapeutycznym, posiadającym pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Uwaga! Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do

rozpatrzenia wniosku o refundację leku w terminie nie dłuższym niż 30 dni licząc od dnia złożenia zapotrzebowania w Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w ramach importu docelowego może zostać sprowadzony wyrób medyczny nieoznakowany certyfikatem bezpieczeństwa (CE). Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych minister właściwy do spraw zdrowia może w wyjątkowych przypadkach, w drodze decyzji, dopuścić do używania (bez konieczności przeprowadzenia procedur oceny zgodności, koniecznych do nadania wyrobowi medycznemu znaku CE) pojedynczych egzemplarzy wyrobów medycznych, jeżeli ich zastosowanie jest niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Dopuszczenie do używania nie może jednak dotyczyć wyrobu medycznego, który został wycofany z obrotu i używania ze względu na niespełnienie wymagań w zakresie bezpieczeństwa lub skuteczności jego działania.

Warto zaznaczyć, że lekarze, którzy decydują się na rozpoczęcie lub kontynuowanie terapii w oparciu o produkt leczniczy niedopuszczony do obrotu na terytorium Polski, **który nie został sprowadzony w ramach importu docelowego, narażają się na odpowiedzialność odszkodowawczą i zawodową.** Szczególne znaczenie ma to w sytuacji, gdy produkt leczniczy został kupiony przez pacjenta „na własną rękę” poza granicami Polski.

Należy przy tym pamiętać, że zakres odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza uzależniony jest, między innymi, od tego, czy istnieje związek przyczynowy między zastosowaniem produktu leczniczego nie zarejestrowanego w Polsce a szkodą powstałą u pacjenta oraz zakresu doznanej szkody.

Podstawą odpowiedzialności zawodowej określonej w ustawie o izbach lekarskich jest natomiast niewywiązanie się z lekarskiego obowiązku stosowania wyłącznie produktów leczniczych, które zostały zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

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

Mediator

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wprowadziła do postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy nową instytucję mediatora. Zgodnie z art. 113 ustawy o izbach lekarskich, rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym.

Jak zatem widać instytucja mediatora ma służyć pojednaniu pokrzywdzonego (najczęściej pacjenta) z lekarzem, któremu zarzuca się działanie niezgodne z etyką lekarską lub przepisami prawa.

Pokrzywdzonym w postępowaniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Najczęściej pokrzywdzonym jest pacjent, ale oczywiście zgodnie z definicją przedstawioną powyżej pokrzywdzonym może być inny lekarz, a nawet szpital, w którym obwiniony lekarz pracuje.

Zgodnie z art. 113 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich, mediacja może zostać zlecona na wniosek stron lub za ich zgodą, dlatego ustalenie, kto jest pokrzywdzonym w sprawie jest warunkiem koniecznym skierowania sprawy do mediatora przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski. Bez ustalenia, kto jest pokrzywdzonym mediacja nie może być brana pod uwagę, skoro do mediacji mogą trafiać sprawy tylko po uzyskaniu zgody pokrzywdzonego.

Bez zgody stron, tj. obwinionego lekarza i pokrzywdzonego, rzecznik odpowiedzialności ani sąd lekarski

nie mają prawa skierować sprawy do postępowania mediacyjnego. W razie gdy strony nie wyraziły zgody na skierowanie sprawy do mediatora rzecznik odpowiedzialności ani sąd lekarski nie mogą skierować sprawy do mediatora „dla próby” licząc na to, że przed mediatorem uda się nakłonić strony do wyrażenia zgody na mediację. W razie uzyskania zgody stron na mediację rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski może skierować sprawę do mediatora.

Mediatorem jest osoba wskazana przez okręgową radę lekarską. Mediatorem musi być lekarz godny zaufania. Ustawa nie precyzuje o jakie zaufanie chodzi, należy sądzić, że chodzi o osobę o wysokich walorach moralnych i nieposzlakowanej opinii.

Mediatorem nie może być rzecznik odpowiedzialności zawodowej, jego zastępca oraz członek sądu lekarskiego. Mediator powołany przez okręgową radę lekarską działa przy danej izbie lekarskiej i dlatego ani rzecznik odpowiedzialności zawodowej, ani sąd lekarski nie mogą skierować sprawy do mediatora działającego przy innej izbie lekarskiej, chyba że pokrzywdzony lub obwiniony wnoszą o powołanie mediatora z innej izby lub w danej sytuacji mediator jest wyłączony ze sprawy z uwagi na konflikt interesów (np. jest mężem/żoną obwinionego lekarza).

Postępowanie mediacyjne nie powinno trwać dłużej niż 2 miesiące, a jego okresu nie wlicza się do czasu trwania postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej.

Jako najważniejsze zasady postępowania mediacyjnego wymienia się:

1. dobrowolność – strony nie mogą być zmuszone do poddania się mediacji
2. bezstronność – mediator nie popiera żadnej ze stron, mediator nie zajmuje stanowiska w kwestii winy stron.
3. neutralność – mediator nie powinien dokonywać oceny zawartej przez strony ugody pod kątem jej słuszności, nie powinien formułować oceny, że ugoda jest krzywdząca dla jednej ze stron.

Jakie przesłanki powinna spełniać sprawa aby trafiła do mediatora? Przepisy precyzują tylko, że do mediacji można skierować każdą sprawę, jeśli strony wyraziły zgodę na pomoc mediatora, sama decyzja o skierowaniu sprawy do mediacji należy jednak do organu prowadzącego postępowanie – rzecznika odpowiedzialności albo

REKLAMA

REKLAMA

Uznaje się, że sprawa nie nadaje się do mediacji w następujących przypadkach:

- sprawca jest wysoce zdemoralizowany, odznacza się niskim poziomem empatii, jest bardzo prymitywny, był wielokrotnie karany za podobne czyny popełnione wcześniej,

- w sprawie występuje tak duża liczba pokrzywdzonych, że nie istnieje techniczna możliwość przeprowadzenia mediacji.

Omawiając instytucję mediatora należy odpowiedzieć na następujące pytania:

1. jakie zadania ma do wykonania mediator?
2. jakie są konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem?

Ad. 1. Zadania mediatora

W świetle art. 113 ustawy o izbach lekarskich, do postępowania mediacyjnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania karnego poświęcone mediacji. Odpowiedzi na pytanie pierwsze należy zatem poszukiwać kierując się przepisami i – przede wszystkim – praktyką orzecniczą sądów powszechnych orzekających w sprawach karnych.

Mediacja w procesie karnym postrzegana jest jako postępowanie mające za zadanie poszukiwać załagodzenia konfliktu pomiędzy sprawcą a pokrzywdzonym. Przyjmuje się, że mediacja to proces mający doprowadzić do dobrowolnego porozumienia pomiędzy pokrzywdzonym a sprawcą w celu naprawienia wyrządzonych szkód materialnych i moralnych przy pomocy neutralnej i bezstronnej osoby mediatora. W czasie mediacji pokrzywdzony może wyrazić swoje odczucia, a sprawca może łagodzić skutki popełnionego czynu. O ile zadaniem sądów jest wymierzenie sprawcy kary za popełniony czyn, o tyle zadaniem mediacji jest dążenie do trwałego wygaszenia konfliktu.

Z tych ogólnych założeń płynie wniosek, że mediacja ma służyć przede wszystkim zaintereso-

wanym stronom, może ona prowadzić do załagodzenia istniejącego sporu lub zapobiec jego dalszej eskalacji. Czasami mediacja może zmniejszyć u pokrzywdzonego poczucie krzywdy, szczególnie jeśli sprawca w obecności pokrzywdzonego okazuje szczere ubolewanie z powodu popełnionego czynu.

Wydaje się jednak, że mediacja jest pomocna także dla organów prowadzących postępowanie, albowiem w prak-

dokończenie na str. 35

Automatyczne uznawanie kwalifikacji zawodowych

Marek Szewczyński

Dyrektywa 2005/36/WE reguluje zasady uznawania kwalifikacji zawodowych czyli odbytego kształcenia potwierdzonego określonymi dokumentami. Dyrektywa nie reguluje zaś wzajemnego uznawania prawa wykonywania zawodu.

Na podstawie przepisów Dyrektywy 2005/36/WE automatycznemu uznaniu podlegają kwalifikacje do wykonywania zawodu uzyskane przez obywatela państwa członkowskiego UE na terytorium innego państwa członkowskiego UE w wyniku odbycia określonego szkolenia. Ażeby podlegać automatycznemu uznaniu, tak uzyskane kwalifikacje muszą być co do zasady potwierdzone odpowiednim dokumentem lub dokumentami wydanymi w danym państwie i wskazanymi w Załączniku V Dyrektywy 2005/36/WE.

Należy podkreślić, że automatycznemu uznaniu nie podlega sam fakt posiadania w innym państwie członkowskim UE uprawnienia do wykonywania zawodu. Co więcej, nie jest konieczne posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu w danym państwie członkowskim UE, aby ubiegać się o uznanie kwalifikacji zawodowych w tym państwie.

Z punktu widzenia lekarzy oraz lekarzy dentystów, którzy odbyli kształcenie w Polsce, oznacza to, że obecnie dokumentami potwierdzającymi uzyskanie w Polsce kwalifikacji zawodowych podlegających automatycznemu uznaniu są dyplom z tytułem lekarza (lekarza dentysty) oraz zaświadczenie o złożeniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego (Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego). Dokumentem takim nie jest zaś polskie prawo wykonywania zawodu, a jego posiadanie nie jest niezbędne do tego, aby móc się ubiegać o uznanie kwalifikacji i przyznanie uprawnień zawodowych w innym państwie członkowskim UE (choćby oczywiście z reguły lekarze wykwalifikowani w Polsce posiadają polskie prawo wykonywania zawodu).

Z punktu widzenia osób, które zamierzają uzyskać uprawnienia zawodowe w Polsce, najczęściej nieporozumienia w tym zakresie dotyczą sytuacji posiadaczy dyplomu lekarza lub lekarza dentysty uzyskanego w Polsce, którzy po uzyskaniu tego dyplomu wyjechali do innego państwa członkowskiego UE, odbyli w nim staż podyplomowy i uzyskali pełne uprawnienie do wykonywania zawodu w tym państwie.

Często zdarza się w przypadku osób, które po uzyskaniu polskiego dyplomu lekarza wyjechały do Wlk. Brytanii, że po odbyciu stażu przewidzianego przepisami brytyjskimi uzyskują w General Medical Council pełną rejestrację jako lekarz, stanowiącą odpowiednik prawa wykonywania zawodu w Polsce. Następnie osoby te ubiegają się w Polsce o „uznanie kwalifikacji brytyjskich” i przyznanie w Polsce prawa wykonywania zawodu, argumentując, że uzyskały uprawnienia zawodowe w Wlk. Brytanii.

Należy podkreślić, że **w przypadku posiadacza polskiego dyplomu lekarza lub lekarza dentysty, ubiegającego się o przyznanie w Polsce prawa wykonywania zawodu, nie zachodzi sytuacja uznawania kwalifikacji uzyskanych w innym państwie członkowskim UE** na zasadach określonych w Dyrektywie.

Odbycie studiów w Polsce oznacza bowiem, że lekarz lub lekarz dentysta posiada kwalifikacje zawodowe nabyte w Polsce i w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu w Polsce musi spełniać wymogi określone w polskich przepisach prawnych. W takiej sytuacji sam fakt odbycia stażu podyplomowego i uzyskania pełnych uprawnień zawodowych w innym państwie (np. uzyskanie „Approbation als

Arzt” w Niemczech czy wspomniana wyżej pełna rejestracja w General Medical Council w Wlk. Brytanii) nie oznacza spełnienia wymogów określonych w Dyrektywie w celu automatycznego uznawania kwalifikacji. Przyznanie w takiej sytuacji uprawnień zawodowych przez inne państwo członkowskie UE nie oznacza, że osoba uzyskała w tym państwie kwalifikacje zawodowe podlegające uznawaniu na zasadach określonych w Dyrektywie.

W związku z tym w celu nabycia pełnych kwalifikacji prowadzących do uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarz lub lekarz dentysta znajdujący się w takiej sytuacji jest zobowiązany spełnić wymogi określone w art. 5 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. odbyć staż podyplomowy oraz, w przypadku lekarzy kończących staż podyplomowy po 30 września 2004 r., złożyć Lekarski Egzamin Państwowy (Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy).

Lekarz, który odbył staż podyplomowy za granicą, może ubiegać się o uznanie tego stażu za równoważny ze stażem odbywanym w Polsce (co zostało bliżej omówione w poprzednim artykule w „GL” nr 2/2010).

Uznanie stażu podyplomowego oraz złożenie Lekarskiego (Lekarsko-Dentystycznego) Egzaminu Państwowego pozwala z jednej strony uzyskać prawo wykonywania zawodu w Polsce, a z drugiej oznacza uzyskanie pełnych kwalifikacji podlegających automatycznemu uznaniu przez wszystkie pozostałe państwa członkowskie Unii Europejskiej na podstawie przepisów Dyrektywy.

Autor jest pracownikiem Ośrodka Uznawania Kwalifikacji NIL.

Mediator

dokończenie ze str. 33

tyce wyodrębnienie tego, co jest interesem stron od tego, co jest interesem organów prowadzących postępowanie często jest niemożliwe i niecelowe. Wobec tego za trafny uważam pogląd, że działania mediatora mają służyć całemu postępowaniu prowadzonemu w sprawie odpowiedzialności zawodowej lekarza. W tej sytuacji mediator może być pomocny w zakresie ustalenia stanu faktycznego sprawy, i to przed mediatorem strony mogą wskazać na nowe, nieznane dotychczas dowody. Strony mogą również uściślić przedstawiony na wcześniejszych etapach postępowania stan faktyczny.

Przed wszystkim jednak strony mogą zawrzeć przed mediatorem ugodę, w której określą sposób zakończenia konfliktu i naprawienia wyrządzonych krzywd. Przepisy nie określają jaka może być treść ugody, należy jednak przyjąć, że w ugodzie strony mogą określić, że sprawca przeprosi pokrzywdzonego. Sprawca może też zobowiązać się do usunięcia szkód wyrządzonych przez przewinienie zawodowe np. bezpłatnie dokona naprawy źle wykonanej protezy zębowej. Wątpliwości może budzić fakt zapisania w ugodzie, że sprawca zobowiązuje się zapłacić na rzecz pokrzywdzonego odszkodowanie w określonej kwocie.

Wątpliwości biorą się z tego, że sąd lekarski nie orzeka o odszkodowaniach na rzecz pokrzywdzonych. Mimo wskazanych wątpliwości, w mojej ocenie dopuszczalne jest zawarcie w ugodzie przed mediatorem oświadczenia stron o wysokości odszkodowania, należy jednak pamiętać, że ani sąd lekarski, ani rzecznik odpowiedzialności nie mają uprawnień, aby doprowadzić do wykonania ugody w zakresie wykonania zapłaty odszkodowania.

Ad. 2. Konsekwencje zawarcia ugody przed mediatorem

Przepisy ustawy o izbach lekarskich nie określają jakie są konsekwencje prawne zawarcia ugody przed mediatorem. Pojawia się pytanie, czy w takiej sytuacji rzecznik odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski zobowiązane są umorzyć postępowanie i w rezultacie nie dokonywać skazania obwinionego?

Skoro ustawa o izbach lekarskich kwestii tej nie reguluje, należy zatem posiłkować się regulacją Kodeksu postępowania karnego. Uważam, że pozytywny wynik mediacji może w sposób zróżnicowany oddziaływać na toczące się postępowanie. Decyzja, jaki walor prawny nadać mediacji należy do organów prowadzących postępowanie. Z całą pewnością w świetle art. 53 § 3 Kodeksu postępowania karnego pozytywny wynik mediacji wpływa na wymiar kary, sąd może, widząc pojednanie pokrzywdzonego i sprawcy, zastosować karę łagodniejszą niż kara zwykle wymierzana za czyn danego rodzaju.

Wydaje się, że w szczególnych okolicznościach sprawy i pełnym pojednaniu sprawcy z pokrzywdzonym oraz braku szczególnie nagannych skutków społecznych przewinienia zawodowego, po zawarciu ugody organ prowadzący postępowanie może umorzyć je nie dążąc do ukarania sprawcy. Myślę, że możliwość umorzenia postępowania po zawarciu ugody mogłaby dotyczyć tych spraw, w których doszło do słownego konfliktu między lekarzami, a czyn ten nie wywołał żadnych negatywnych skutków dla pacjentów ani szpitala. Nie podzielam poglądu, że każda sytuacja, w której doszło do zawarcia ugody powinna kończyć się umorzeniem postępowania, nie potrafię sobie wyobrazić sytuacji, w której szczególnie naganny czyn lekarza naruszający podstawowe zasady etyki lekarskiej mógłby pozostać bez kary tylko z uwagi na fakt, że pokrzywdzony pojechał się ze sprawcą.

Automatycznego umorzenia postępowania wskutek zawarcia ugody przed mediatorem nie przewiduje też Kodeks postępowania karnego w części poświęconej postępowaniu uproszczonemu, do którego odsyła ustawa o izbach lekarskich. Nie znajduję także podstaw, aby stosować Kodeks postępowania karnego w części poświęconej postępowaniom w sprawach z oskarżenia prywatnego, które przewidują obowiązek umorzenia postępowania w razie pojednania się sprawcy z pokrzywdzonym (art. 492 Kodeksu postępowania karnego).

Michał Kozik

radca prawny z Kancelarii Radców Prawnych Niczpan, Trefon, Prasalek s.c.

Pismo Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej „Pro Medico” kwiecień 2010.

REKLAMA

REKLAMA

Proces likwidacji szkód ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy

Przepisy dotyczące szeroko rozumianego procesu likwidacji szkód ubezpieczeniowych zostały z punktu widzenia ubezpieczonych, jak i poszkodowanych umieszczone przez ustawodawcę po kilku regulacjach prawnych, i można je odnaleźć zarówno w kodeksie cywilnym, ustawie o działalności ubezpieczeniowej, jak i ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

Na wstępie należy zauważyć, iż przepisy pozwalają, aby roszczenia od ubezpieczyciela mógł dochodzić zarówno ubezpieczony, jak i uprawniony do odszkodowania, a więc poszkodowany. Wynika to z uproszczenia przez ustawodawcę procedury dochodzenia roszczeń w przypadku ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej oraz z konieczności pominięcia czasem kłopotliwej subiektywnej odmowy uznania zasadności roszczenia przez ubezpieczonego. Właśnie z tego powodu obowiązek ustalenia zasadności roszczeń wobec ubezpieczonego lekarza został przenoszony na ubezpieczyciela, który po zawiadomieniu o zaistnieniu zdarzenia ma obowiązek w ciągu 7 dni podjąć postępowanie ustalające stan faktyczny, zasadność zgłoszonych roszczeń i wysokość świadczeń. Najczęściej w tym terminie efektem działań ubezpieczyciela jest tzw. pismo notyfikujące, przesyłane do stron postępowania, w którym wskazane są elementy konieczne do zakończenia postępowania likwidacyjnego. Co do zasady wszystkie strony

REKLAMA

REKLAMA

powinny brać aktywny udział w postępowaniu likwidacyjnym, albowiem jest to jeden z warunków koniecznych do zakończenia postępowania w przewidzianych prawem terminach. Również ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać wszelkie dokumenty gromadzone w toku postępowania likwidacyjnego, także poprzez umożliwienie sporządzenia kopii dokumentów, i to zarówno ubezpieczonemu, jak i poszkodowanemu.

Samo postępowanie zgodnie z przepisami powinno się zakończyć w terminie 30 dni od zawiadomienia ubezpieczyciela. W przypadku ubezpieczeń obowiązkowych okres ten może zostać wydłużony, a odszkodowanie może zostać wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym możliwe stało się wyjaśnienie wszystkich okoliczności, które uniemożliwiały wcześniejsze wypłacenie odszkodowania w terminie 30 dni. Jednakże w żadnym wypadku nie powinno to nastąpić później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia zawiadomienia o szkodzie.

Niemniej także od tego terminu można napotkać wyłączenia, albowiem w przypadku, gdy ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania będzie zależało od wyniku toczącego się sądowego postępowania karnego lub cywilnego wypłacenie stosowanego odszkodowania lub świadczenia w ramach postępowania likwidacyjnego będzie możliwe dopiero po ich zakończeniu.

Każde postępowanie likwidacyjne kończy się wraz z wydaniem decyzji, w której ubezpieczyciel poinformuje o uznaniu roszczenia i wypłacie odszkodowania albo o odmowie uznania roszczenia i przyczynach swojego stanowiska. Należy pamiętać, że żadne stanowisko ubezpieczyciela nie powinno być uznawane za ostateczne, albowiem od tej decyzji można się odwołać bądź korzystając z trybu odwoławczego w postępowaniu likwidacyjnym, co do zasady powinno nastąpić w terminie 30 dni od jej otrzymania, choć nie jest to termin, którego przekroczenie skutkuje nieważnością odwołania, bądź też z pominięciem tej drogi można wystąpić bezpośrednio do sądu pozyskując ubezpieczyciela. Oczywiście możliwe jest skorzystanie wcześniejsze z trybu odwoławczego, a następnie wystąpienie do sądu powszechnego.

Samo postępowanie likwidacyjne prowadzone przez ubezpieczyciela wydaje się zatem dobrą próbą rozwiązania sporu co do zasadności roszczenia poszkodowanego w stosunku do ubezpieczonego, tym bardziej, że praktycznie żadna z tych stron nie ponosi kosztów tego postępowania, którego zadaniem jest ustalenie rzeczywistej odpowiedzialności ubezpieczonego, zanim sprawa trafi na drogę postępowania sądowego.

Maciej Dittmajer
radca prawny

Kancelaria Prawna Dittmajer Głowacki Awedyk Sp. k., Kancelaria współpracująca z April Group w Polsce i świadcząca usługi dla Medbroker Sp. z o.o.

U Ilony i Mariusza

Od 16 do 18 kwietnia br. trwał III Ogólnopolski Jurajski Zlot Lekarzy Motocyklistów, zwany też „spotkaniem u Ilony i Mariusza”. Zlot zorganizowała OIL w Częstochowie z prezesem Mariuszem Malickim i jego żoną Iloną na czele.

fot. Mariusz Janikowski

Do ośrodka „Leśna Radość” w Jastrzębiu k. Poraja zjechało ok. 170. uczestników na 120 motocyklach: lekarzy z rodzinami i sympatykami. Wśród nich – 7 kobiet motocyklistek. Uroczystość rozpoczęto minutą ciszy dla uczczenia pamięci Prezydenta RP Lecha Kaczyńskiego i Jego żony Marii oraz wszystkich ofiar katastrofy. Cień tej tragedii przysłonił radość ze spotkania, a chwile zadumy nad ulotnością życia nie raz jeszcze towarzyszyły uczestnikom. Odwołano wszystkie koncerty i huczne zabawy.

W sobotni rano motocykliści kawalkadą udali się na Jasną Górę i wzięli udział w Mszy św. w intencji uczestników zlotu. Uczczono również pamięć ofiar katastrofy. Msza miała charakter szczególnie: motocykliści złożyli przed obrazem jasnogórskiej Marii Panny zawierzenie, odczytane przez Grzegorza Krzyżanowskiego oraz wota: wotum pieniężne, blachę klubu „DoctoRRiders” i blachy Zlotu Jurajskiego. Przeor Jasnej Góry o. Roman Majewski zezwolił na wjazd motocyklami na dziedziniec klasztoru, a o. Sebastian Matecki poświęcił pojazdy. Po Mszy uczestnicy zlotu byli gośćmi ojców paulinów. Zostali podjęci śniadaniem i dostąpili zaszczytu zwiedzania miejsc

szczególnych klasztoru: skarbcza, a także biblioteki i refektarza, do których wstęp odbywa się za specjalną zgodą przeora Jasnej Góry; refektarz pozostaje jednak niedostępny dla kobiet.

Z Jasnej Góry motocykliści, eskortowani przez policję, przejechali do Częstochowskich Zakładów Przemysłu Zapalczanego SA. Przedsięwzięcie jest ewenementem na skalę światową – liczy 120 lat i wykorzystuje w produkcji maszyny z początków XX w., najstarsze z 1926 r. Prezes spółki Eugeniusz Kałamarz, ordonnik częstochowskiego muzeum, oprowadzał motocyklistów po halach, opowiadał historię zakładu i z pasją wyjaśniał działanie maszyn. Zademonstrowano pracę jednego z urządzeń z 1933 r., służącego i dziś do pakowania zapalek do pudełek. Na zakończenie zwiedzający obejrzeli krótkie filmy: o produkcji zapalek i dokument z 1913 r., przedstawiający akcję gaszenia pożaru, który wówczas strawił zakład.



fot. Marek „Marco” Rynowski

Późnym popołudniem, w ośrodku „Leśna Radość” uczestnicy zlotu podejmowali szczególnych gości – wychowanków Domu Dziecka z Góry Włodowskiej. Stało się tradycją Jurajskich Zlotów, że jego uczestnicy obdarowują dzieci koszem słodczy i prezentem. W ubiegłym roku była to kamera cyfrowa, w tym – 50” telewizor plazmowy. Spotkania są frajdą dla dzieci, które chętnie korzystają z okazji przejażdżki na motocyklu.

Zlot, to czas relaksu, odsapnięcia od trudów codziennego dnia. Czas spędzony wśród przyjaciół, połączonych jedną pasją – poznawania świata z siodła motocykla. Do zwyczajów należy mierzenie się w wielu, często zabawnych, konkurencjach. Uczestnicy poddani zostali m. in. testowi wiedzy na temat techniki bezpiecznej jazdy na motocyklu. Konkurs ten wygrali Piotr Kusiak i Olo Magdziarz. W „wyścigu zółwia” najlepszy był Roman Sikora. Konkurencję polegającą na trafianiu do celu z jadącego motocykla wygrały pary: Michał Kalita z Małgorzatą Sową, Marek i Małgorzata Grabscy oraz Marek Jackiewicz i Mateusz Wajda. Wyłoniono autora najdłuższego postu na temat Jurajskich Zlotów, którym okazał się Bogdan Pogodziński. Festiwal „cytrynówki” wygrał Mariusz Janikowski, a nagrodę Grand Prix zlotu – Grzegorz Zięba. Uczestnicy dzielili się również swoimi umiejętnościami kulinarnymi, regionalnymi potrawami i napitkami. Marita i Misiak Piechowscy przywieźli kilkanaście blach kaszubskiej drożdżówki, a gospodarze przygotowali ciasto według miejscowego przepisu z Wanat.

Zlot zakończył się w niedzielę Mszą na Jasnej Górze, inaugurującą VII Zlot Gwiazdzysty.

Iwona Coner

Godność stanu lekarsko-dentystycznego

Zygmunt Wiśniewski

Izby lekarskie, powstałe w połowie 1923 r. (sejm podjął uchwałę o ich powołaniu w grudniu 1921 r.), czekały na wspólny dla całej Polski kodeks deontologiczny aż 13 lat. W tym czasie w Izbach Lwowskiej i Krakowskiej odwoływano się do reguł przyjętych przez Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich w 1876 r., a w Polsce centralnej do zasad przyjętych przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w 1886 r.

Kodeks deontologii lekarskiej, obowiązujący we wszystkich izbach lekarskich na terenie Polski, został uchwalony przez zgromadzenie NIL 16 czerwca 1935 r. Izba Lekarsko-Dentystycznych jeszcze wtedy nie było. Powstały w październiku i listopadzie 1938 r. Gdyby nie wybuch wojny, to – znając przyjęte tempo prac nad tworzeniem struktury i reguł działalności – w 1940 r. miałyby już swój kodeks. Z zapowiedzi prasowych wynikało, że jego podstawowe założenia były gotowe przed wybuchem wojny. Na uchwalenie i publikację kodeksu lekarsko-dentystycznego musiał czekać do 9 maja 1948 r.

Kodeks deontologii lekarsko-dentystycznej z 1948 r. nawiązywał do kodeksu lekarskiego z 1935 r. Ta analogia nie była skutkiem odwzorowywania, ale musiała powstać, ponieważ kodeksy zawodowe są tylko szczegółowymi odmianami kodeksu uniwersalnego, odwołującego się do wartości ogólnoludzkich.

W tych szczegółowych sformułowaniach zasad i w ich hierarchii zapisana jest idea zawodu w odniesieniu do człowieka (pacjenta), drugiego lekarza (konsyliarza i konkurenta), do izby lekarskiej (strażnika porządku i godności) oraz do społeczeństwa (państwa i jego instytucji).

Kodeks lekarski z 1935 r. zaczynał się od prawd o zawodzie lekarza: *Lekarz powinien wykonywać praktykę lekarską sumiennie, zgodnie z wymaganiami wiedzy lekarskiej, z poczuciem godności stanu lekarskiego i ze współczuciem dla chorego, zachowując w stosunku do niego zawsze takt i delikatność.*

Tę samą prawdę o rzetelności zawodowej i godności etycznej kodeks etyki lekarsko-dentystycznej sformułował następująco: *Lekarz dentysta obowiązany jest przestrzegać, aby działalność jego nie tylko w życiu zawodowym, ale także jego postępowanie w życiu prywatnym i publicznym oraz stosunki wzajemne koleżeńskie były zgodne z zasadami etyki i godności stanu lekarsko-dentystycznego.*

Czytelnik bez trudu dokona interpretacji tych dwóch zapisów, wychwytyjąc akcent położony na osobie pacjenta w zapisie pierwszym i podkreślenie postawy ogólnej, nie tylko zawodowej – w przypadku kodeksu lekarsko-dentystycznego.

Ważniejsza od tych różnic jest jednak idea, która łączy te dwa kodeksy: eksponują one od samego początku więź lekarza z pacjentem i posłannictwo społeczne zawodów lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest dobro chorego i zdrowie publiczne – to zasada I kodeksu lekarskiego.

Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza dentysty w wykonywaniu praktyki lekarsko-dentystycznej jest dobro chorego i zdrowie publiczne – tak brzmi I zasada kodeksu lekarsko-dentystycznego.

Prof. Tadeusz Brzeziński w swoim fundamentalnym dziele „Etyka lekarska” stwierdza, że kodeksy zawodowe powstały z potrzeby normowania stosunków między wykonawcami tego samego zawodu. Pierwsze kodeksy lekarskie zaczynały się od określenia

zasad współistnienia i współpracy lekarzy praktykujących w tym samym środowisku pacjentów. Ich sformułowania powstawały w odpowiedzi na konflikty na linii lekarz – drugi lekarz. Dlatego bardzo wiele miejsca poświęcały sprawom przejmowania pacjentów, uczestnictwu w konsyliach i wzajemnym opiniom, jakie lekarze wygłaszają na swoje tematy.

Kodeksy deontologiczne i etyczne późniejsze, u nas powstałe w okresie II Rzeczypospolitej, eksponują w pierwszych sformułowaniach stosunek lekarzy i lekarzy dentystów do pacjentów. Tę powinność spełniają oba cytowane i porównywane kodeksy. Zmalała w nich sprawa stosunków między lekarzami, chociaż w dalszym ciągu wiele miejsca poświęca się w nich konsyliom, jako formie zasięgania opinii innych lekarzy.

Eksponowana jest zasada zabraniająca krytycznych wypowiedzi o pracy innego lekarza (lekarza dentysty): *Lekarzowi nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi. Lekarzowi nie wolno się zachowywać w sposób, który może zdyskredytować poprzedniego lekarza.*

Analogicznie w kodeksie lekarsko-dentystycznym: *Lekarzowi dentyście nie wolno wypowiadać wobec chorego lub jego otoczenia niekorzystnej oceny działalności zawodowej kolegi, w ogóle nie wolno zachowywać się w sposób, który może zdyskredytować kolegę, który poprzednio leczył pacjenta.*

Sformułowania kodeksowe noszą znamiona czasów, w których powstały. Były one skierowane do lekarzy i leka-

rzy dentystów tzw. gabinetowych, czyli praktykujących prywatnie. Lekarze, inaczej niż w przychodniach (zwanych też wtedy ambulatoriami), działali w pojedynkę, a jeśli chcieli zasięgnąć opinii kolegów – musieli zwoływać konsylia. Postępujące od tamtych czasów uspołecznienie opieki medycznej sprawiło, że zmalała ilość sytuacji wywołujących podobne konflikty. Współcześnie ta sfera stosunków między lekarzami przestała być konfliktogenna.

Znakami czasu są też zapisy kodeksowe, które ustalają obowiązujące normy podejmowania pracy na tzw. posadach.

Nie wolno starać się o posadę, zajmowaną przez innego lekarza, chyba za jego zgodą lub po jej formalnym wypowiedzeniu dotychczasowemu lekarzowi. Przy przyjmowaniu posady lekarz powinien zastosować się do norm płacy i pracy ustalonych przez izby lekarskie.

Analogicznie w sprawach pracy wypowiadał się kodeks lekarsko-dentystyczny: *Nie wolno starać się o posadę, zajmowaną przez innego kolegę, chyba za jego zgodą lub po jej formalnym wypowiedzeniu dotychczasowemu leka-*

rzowi dentyście. (...) Nie wolno pobierać lub dawać odstępnę w jakiegokolwiek postaci za odstąpienie posady.

W okresie międzywojennym lekarze zabiegali o pracę etatową w urzędach publicznych, na kolei, w więziennictwie, a przede wszystkim w Ubezpieczalni Społecznej (wcześniej w Kasach Chorych). Praca etatowa czyli „posada” gwarantowała stałą pensję, zapewniającą chleb czyli minimum egzystencji. Na masło i ciastko można było sobie dorobić praktyką prywatną. Z tych powodów wokół rywalizacji o posady powstawało wtedy wiele konfliktów, które trafiały do sądów izb lekarskich. Izby lekarskie były częstymi i rzeczywistymi rozjemcami między lekarzami w konfliktach o pracę.

W okresie, kiedy powstawał kodeks deontologii lekarsko-dentystycznej, lekarze dentyści mieli poczucie wspólnoty ludzi jednego zawodu lekarskiego, którzy stworzyli własny samorząd, uprządkowali teren swojej pracy poprzez likwidację tzw. partactwa i podjęli służbę społeczną, np. poprzez akcję zwalczania próchnicy u dzieci. Z pobudek umocnienia tych zdobyczy stanu lekarsko-dentystycznego wziął się kolejny zapis

kodeksowy: *Nie wolno dla korzyści osobistych wyłamywać się z solidarności zbiorowych wysiłków organizacji lekarsko-dentystycznych w ich dążeniach do zapewnienia lekarzom dentystom należnego stanowiska oraz odpowiednich warunków pracy i płacy.*

Kodeks deontologii lekarsko-dentystycznej z 1948 r. był historycznie drugim kodeksem dotyczącym tego zawodu. Pierwszy powstał w 1925 r. i zawierał samą esencję zachowań etycznych (dla przypomnienia, bo w „Historiach stomatologicznych” był omawiany, trzy początkowe paragrafy):

1. *Jesteś człowiekiem. Staraj się czynić dobrze dla dobra samego i poświęcić część swego czasu dla łżenia cierpieniom wydziedziczonych.*
2. *Jako praktyk udoskonalać się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia.*
3. *Łącz się z kolegami zawodowymi dla ochrony i podniesienia swego zawodu. Nie pozostawaj sam, izolowany.*

W języku nieco archaicznym te szczytne zasady moralne brzmią bardzo prawdziwie i naturalnie. Tradycja jest ich trwałym źródłem.

Zaproszenie

Wojskowe Oddziały Neurologiczne II RP w Warszawie

12 maja br. o godz. 10.00 w Wojskowym Instytucie Medycznym, ul. Szaserów 128, w sali wykładowej na V piętrze, odbędzie się nadzwyczajne uroczyste posiedzenie Komisji Historycznej Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk oraz Warszawskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, poświęcone Wojskowym Oddziałom Neurologicznym II RP w Warszawie, zorganizowane w 75 rocznicę śmierci Marszałka Józefa Piłsudskiego i 65 rocznicę Zbrodni Katyńskiej, w której zginęło 900 lekarzy, m.in. lekarz osobisty Marszałka i Ostatni Ordynator Oddziału Neurologicznego Szpitala Ujazdowskiego płk dr med. Stefan Mozołowski. Program posiedzenia: Słowo wstępne – gen. bryg. dr hab. med. Grzegorz Gielerak; Gen. bryg. dr med. Stefan Mozołowski (1892-1940) – życie i działalność – doc. dr hab. med. Stanisław Ilnicki; Wręczenie aktu pośmiertnej nominacji generalskiej Rodzinie gen. bryg. dr med. Stefana Mozołowskiego – Przedstawiciel Prezydenta RP; Film z uroczystości na Placu Józefa Piłsudskiego w Warszawie 9.11.2007 pt. „Katyń pamiętajmy - uczcijmy pamięć bohaterów”; Wojskowe oddziały neurologiczne w Warszawie 1919-39 – doc. dr hab. med. Stanisław Ilnicki; Czy mózgi ludzi genialnych są inne? – prof. dr hab. med. Teofan M. Domżał; Nasze poszukiwania mózgu Marszałka Józefa Piłsudskiego – dr dr Bożena i Andrzej Borysowiczowie; Dyskusja. Po posiedzeniu odbędzie się zebranie członków Komisji Historycznej KNN PAN.

prof. dr hab. med. Anna Członkowska
prezes Warszawskiego Oddziału PTN
prof. dr hab. med. Teofan M. Domżał
przewodniczący Komisji Historycznej KNN PAN
gen. bryg. dr hab. med. Grzegorz Gielerak
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2010”
01-09.08.2010

Komisa Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie zaprasza koleżanki i kolegów do udziału w Rajdzie Górskim „Służby Zdrowia „Bieszczady 2010”, który odbędzie się w dniach 1-10.08.2010 r. w Masywie Ł. i Ustrzyki Górnych. Baza namiotowa przy ORL „Pod Bukowym Borem”. Istnieje możliwość zakwaterowania w hotelu, rezerwacja indywidualnie, tel. kontaktowy 613 461074.

W programie rajdu:
uroczyste wręczenie nagród zwycięzcom bieszczadzkim maraton, marciele piłki siatkowej, bilarda, tenisa stołowego, badminta, tenisowego i rywalizacji sportowej z „Bieszczadkami”, wyścigi narciarskie i biegowe, spotkania „przebiegający potężnie” i inne atrakcje.

Informacje:
Zgłoszenia (z dowodem wpłaty) przyjmujemy do 11.08.2010 r. na adres: Biuro ORL w Rzeszowie, 15-024 Rzeszów, ul. Białostocka 10. Tel. 613 461 074.

W kolebce

Tegoroczne X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce zaplanowano na dni 9-11 kwietnia w Centralnym Ośrodku Sportu w Szczyrku. Nieprzypadkowo wybrano miejsce – właśnie na Podbeskidziu 10 lat temu dwaj młodzi lekarze, bezpośrednio po stażu podyplomowym, Klaudiusz Komor i Rafał Kluba zorganizowali mistrzostwa w siatkówce po raz pierwszy.



Przez lata impreza zmieniała się, rosła, ale podstawowa idea współzawodnictwa *fair-play* pozostała bez zmian. I po dziesięcioleciu ci sami lekarze, teraz już specjaliści, postanowili uczcić jubileusz, organizując imprezę w jej kolebce. Niestety, nieubłagany los nieco pokrzyżował szyki – katastrofa w Smoleńsku spowodowała, że

nie rozegrano wszystkich zaplanowanych meczy, mistrzostwa zakończono przedwcześnie w sobotę oraz odwołano wszystkie zaplanowane atrakcje.

Udało się rozegrać mecz finałowy oraz mecz o trzecie miejsce, natomiast wszystkim pozostałym drużynom przyznano V miejsce *ex-quo*. W finale drużyna Dentonet Poznań-Częstochowa



pokonała ubiegłorocznych mistrzów drużynę Szczecina, a w meczu o trzecie miejsce Katowice pokonały grającą gościnnie drużynę lekarzy z Białorusi (Mińsk).

Wyróżniono również najlepszych zawodników mistrzostw. Najlepszym atakującym został Artzem Radczenko z Mińska, którego ataki siały popłoch podczas całego turnieju, najlepszym rozgrywającym – Rafał Napierała z Dentonetu, najlepszym broniącym

jego kolega z drużyny – Bartosz Ruszkowski, a MVP turnieju jednogłośnie wybrano Macieja Lewandowskiego ze Szczecina. Jego popisy w obronie i nadzwyczajna sprawność na boisku wzbudziły niedowierzanie nawet u sędziów turnieju.

Imprezę zakończono w smutnej i poważnej atmosferze, a koledzy z Mińska przekazali swoje kondolencje z powodu katastrofy.

KK

Pierwszy w Polsce multimedialny serwis wymiany praktycznych informacji pomiędzy lekarzami

www.MedTube.pl

W 2009 r. wystartował multimedialny serwis edukacyjny skierowany do lekarzy. Ideą www.medtube.pl jest wymiana doświadczeń i wiedzy ze wszystkich dziedzin medycyny.

Autorzy mają nadzieję, że lekarze różnych specjalności zyskają dostęp do wiedzy, jaką trudno jest zdobyć samemu (zdjęć, filmów, prezentacji czy opisów ciekawych przypadków medycznych). Funkcjonuje tam również forum dyskusyjne. Dzielący się swoją wiedzą medycy ze świata umieścili w serwisie prawie 1000 materiałów wideo i zdjęć. Jest to jeden z większych zbiorów multimedialnych dotyczących medycyny w Internecie.

Od momentu uruchomienia strony średnia liczba jej odsłon w miesiącu to ok. 100 000. Platformę, działającą również pod adresem www.medtube.eu, odwiedzają lekarze z: Niemiec, Holandii, Włoch, Francji, Anglii, Luksemburga, Łotwy, Czech, Słowenii, Irlandii, Danii, Grecji, Szwecji, Austrii, Finlandii, Hiszpanii, Belgii, USA, Japonii, Kanady, Ukrainy, Rumunii, Izraela, Chin, Meksyku, Maroka, Indii, Korei i Australii. Większość z zamieszczanych materiałów pochodzi z USA, Włoch, Francji, Niemiec, ale także z Maroka, Indii, ZEA czy Japonii.

Korzystanie z serwisu medtube.pl jest bezpłatne.

Jedź z nami w krzaki...

Zapraszamy cały personel medyczny do wspólnej, relaksującej turystyki samochodami terenowymi.

www.muddoctors.pl

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 71-330-61-61.
Zamówienia: tel. 42-680-44-09, faks 42-680-44-86,
zamowienia@elsevier.com, www.elsevier

Konsultacja kliniczna w pediatrii

tom I – *diagnostyka różnicowa, algorytmy kliniczne, siatki centylowe, wzory, tabele i testy, profilaktyka*
Lynn C. Garfunkel, Jeffrey M. Kaczorowski, Cynthia Christy

red. wyd. pierwszego polskiego **Andrzej Milanowski**
Wrocław 2010, str. 215

Dwutomowy podręcznik dla zabieganych pediatrów klinicystów zawiera spójną i usystematyzowaną wiedzę na temat konkretnych chorób i problemów oraz wiele cennych informacji skondensowanych w diagramach, tabelach i wzorach. W tomie II omówiono prawie 400 jednostek chorobowych w układzie alfabetycznym. Ponadto omówienia innych ważnych zagadnień, np. kalendarz szczepień, metody zapobiegania egzotycznym i przewlekłym chorobom zakaźnym, wskazówki dietetyczne, badania przesiewowe młodzieży, sposoby walki z nikotynizmem.

Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii

Peter W. Callen
red. wyd. I polskiego **Romuald Dębski**

Tom 1. Wrocław 2010, str. 340
Część I. *Badania ultrasonograficzne w położnictwie i ginekologii*. Po raz pierwszy w tym wydaniu znalazły się rozdziały dotyczące ultrasonografii piersi.

Lasery i światła

David J. Goldberg, Thomas E. Rohrer
red. wyd. pierwszego polskiego **Andrzej Kaszuba**
seria: *Dermatologia Kosmetyczna*
Wrocław 2010, tom 1, str. 150

Przewodnik po najnowszych technikach laserowych. Zagadnienia związane z ablacyjnymi i nieablacyjnymi metodami usuwania objawów fotostarzenia skóry twarzy, zanikowych blizn potrądzikowych i przebarwień. Szczegółowo omówiono algorytmy postępowania z użyciem laserów CO2, Erb: YAG, a także laserów najnowszych generacji do frakcjonowanej fototermolizy czy urządzeń do plazmowej odnowy skóry (PSR). Szeroko omówiono zagadnienia laserowego leczenia cellulitu oraz powikłania po różnych laserowych metodach terapii i sposoby postępowania z nimi.

Blokada nerwów obwodowych w ortopedii

André P. Boezaart
red. wyd. I polskiego **Janusz Andres**

Wrocław 2010, str. 240
Bogato ilustrowana, z rycinami z anatomii stosowanej. Opisano najważniejsze bloki obwodowe mogące mieć zastosowanie w ortopedii i torakochirurgii. Przedstawiono obecnie stosowane techniki identyfikacji nerwów obwodowych za pomocą stymulacji nerwów oraz ich obrazowania. Podręcznik skierowany do lekarzy anestezjologów ma przyczynić się do większego rozpowszechnienia metod blokad obwodowych.

MediPage Sp. z o.o.

02-594 Warszawa, ul. Bruna 32, tel./faks 22-646-41-50,
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl

Podręcznik neonatologii

Hareesh Kirpalani, Aileen M. Moore, Max Perlman
red. naukowy polskiego wydania
prof. dr hab. n. med. **Maria K. Kornacka**
Warszawa 2009, str. 582

Trzecie wydanie podręcznika skierowanego do studentów, rezydentów i osób odbywających staże na oddziałach intensywnej terapii noworodków. W 33 rozdziałach czytelnik znajdzie również szeroko omówione zagadnienia związane z farmakoterapią, układem oddechowym, odżywianiem, dermatologią, kardiologią i etyką. Dla lekarzy rodzinnych, lekarzy zajmujących się pacjentami w stanach nagłych, położników, pediatrów i pielęgniarek zajmujących się noworodkami z problemami zdrowotnymi.

Choroby infekcyjne u dzieci.

Wytyczne oparte na dowodach naukowych
David Isaacs

konsultanci: **Elizabeth Elliot, Ruth Gilbert, Wirginia Moyer, Michael Pichichero**
wyd. polskie pod red. **Janusza Książczyka**
Warszawa 2010, str. 394

Rozpoznawanie i leczenie infekcji u dzieci oraz postępowanie w praktyce klinicznej. Analiza przypadków najpowszechniejszych chorób występujących u dzieci. Autorzy przedstawiają także jednoznaczne zalecenia dotyczące leczenia oparte na danych na temat skuteczności i bezpieczeństwa, oporności na antybiotyki, kosztów, działań niepożądanych, implikacji etycznych. Streszczenia i konkretne zalecenia umożliwiają dokonanie samodzielnej oceny dowodów i podjęcie decyzji dotyczącej leczenia.

Kieszonkowy podręcznik interny

pod red. **Marc S. Sabatine**
Warszawa 2010

Celem podręcznika, napisanego przez młodych lekarzy, klinicystów i wykładowców, jest dostarczenie w możliwie najbardziej zwięzłej formie informacji potrzebnych klinicyście do postępowania w większości przypadków napotykanych w praktyce szpitalnej.

Podstawy radiologii klatki piersiowej

Matthias Hofer, N. Abanador, L. Kamper, H. Rttunde, C. Zentai
Warszawa 2007, str. 226

Publikacja dla studentów med., lekarzy w trakcie specjalizacji i tech. radiologii i zakładających drenaż do opłucnej i cewników do żył centralnych. Szczegółowo omawia zmiany patologiczne u pacjentów po urazach lub leczonych w oddziałach OIOM. Krok po kroku przedstawia procedury zakładania drenu do opłucnej i cewnika do żyły centralnej. Prezentuje łatwe do zrozumienia sposoby ułatwiające interpretację zdjęć. Wszystkie często występujące zmiany są uporządkowane zgodnie z ich obrazem morfologicznym i przedstawione na przykładowych zdjęciach.

Podręcznik medycyny snu

Alon Y. Avidan, Phyllis C. Zee
red. wyd. polskiego dr n. med. **Adam Wichniak**
Warszawa 2007, str. 268

Przewodnik diagnozowania i leczenia zaburzeń snu. Omawia tematy z wielu obszarów medycyny snu dotyczących m.in. zaburzeń oddychania w czasie snu, zaburzeń rytmu okołodobowego, bezsenności, nadmiernej senności w ciągu dnia, zaburzeń snu u dzieci oraz zaburzeń ruchowych podczas snu. Najnowsze dane na temat metod leczenia i tabele opisujące nowe leki.

„Termedia” Wydawnictwa Medyczne

61-614 Poznań, ul. Wenedów 9/1, tel./faks 61-822-77-81,
www.termedia.pl, termedia@termedia.pl

Zwyródnienia płamki związane z wiekiem

Przewodnik diagnostyki i terapii
Andrzej Stankiewicz, Małgorzata Figurska

Poznań 2010, str. 96
Przewodnik omawiający zagadnienia zwyródnienia płamki od genezy choroby poprzez aspekty terapii, omawiający nowe kierunki w leczeniu tej choroby. Autorzy wskazują na psychologiczne następstwa utraty wzroku w zwyródnieniu płamki.

Obrzęk chłonny

pod red. **Pawła Chęcińskiego**
Poznań 2010, str. 92

Publikacja głównie dla studentów medycyny, fizjoterapii i lekarzy pierwszego kontaktu. Przedstawia wybrane zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii dróg chłonnych, patofizjologii i leczenia obrzęku chłonnego. Wczesne rozpoczęcie terapii w wielu przypadkach umożliwia całkowitą redukcję obrzęku i zapobiega rozwojowi inwalidztwa.

Objawy reumatyczne w przebiegu chorób narządów wewnętrznych

pod red. **Jacka Pazdura**
Poznań, str. 160

W pierwszej części książki przedstawiono mechanizm powstawania zmian kojarzonych z chorobami reumatycznymi i wykazano brak specyficznych dla chorób reumatycznych cech tych objawów. W części drugiej zaprezentowano jednostki chorobowe przebiegające z objawami chorób reumatycznych. Książka może okazać się pomocna w różnicowaniu chorób przebiegających z objawami reumatycznymi z układowymi chorobami reumatycznymi.

Kardiologia 2009 – wytyczne i badania kliniczne nie tylko dla lekarzy specjalistów

pod red. **Macieja Banacha i Zbigniewa Gacionga**
Poznań 2010, str. 238

Najważniejsze wytyczne i badania kliniczne w 2009 r. Są to badania i wytyczne postępowania mające największe znaczenie dla codziennej praktyki lekarskiej. Publikacja otwiera cykl takich zbiorczych informacji z całego roku. Pod koniec 2010 r. zostanie rozpisana ankieta, która zdecyduje, które badania i wytyczne ukazujące się w tym roku są najbardziej istotne.

Angielsko-polski i polsko-angielski słownik wybranych terminów medycznych.

Na podstawie podręcznika Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego „*Choroby serca i naczyń*”

Sebastian Szmit
Poznań 2010, str. 132

Słownik ma pomagać w poszerzaniu wiedzy dostępnej tylko w wersji anglojęzycznej, a także może ułatwić publikowanie wyników polskich prac w zagranicznych pismach. Jest pierwszą polską publikacją tego typu.

Wydawnictwo Petrus

30-384 Kraków, ul. Raciborska 13/31, tel. 0601-974-991,
e-mail: wydawnictwo@wydawnictwopetrus.pl,
www.WydawnictwoPetrus.pl

Wychowanie w rodzinie

praca zbiorowa pod red. **Franciszka Adamskiego**
Kraków 2010, str. 314

Różne aspekty złożonego procesu wychowania we współczesnej rodzinie. Co należy robić, jak postępować, aby wychowanie młodego pokolenia w rodzinie przebiegało bez większych zakłóceń i dawało pożądane efekty. Teoretyczna i praktyczna pomoc w rozwiązywaniu problemów wychowawczych przed jakimi stoją rodzice, nauczyciele i inne osoby odpowiedzialne za przebieg procesu wychowania młodego człowieka.

Pomiędzy mężczyzną a kobietą

Sztuka porozumiewania się
Małgorzata Artymiak

Kraków 2010, str. 160
Autorka – psycholog praktykująca w poradniach kieruje swoje rady i przemyślenia głównie do osób, które uparcie wątpią w swoje możliwości porozumiewania się z najbliższymi ludźmi i utrwalają w sobie fatalistyczne przekonanie o byciu skazanym na niepowodzenia. Przekazuje sporo wiedzy o psychologicznych mechanizmach komunikowania się wynikającej z doświadczeń i przemyśleń, zmusza do własnych poszukiwań.

Rodzinne szczęście

Ks. Edward Staniek

Kraków 2010, str. 120
Książka ukazując istotę małżeństwa, macierzyństwa, ojcostwa, relacji pomiędzy rodzeństwem formułuje potrzebę podejmowania trudu w kształtowaniu dobrych relacji w rodzinie. Wymaga on nie tylko wiedzy, ale przede wszystkim szczerej i dobrej woli.

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

redakcja książek: 01-2313 Warszawa, ul. Płocka 5a, tel. 22-535-80-00, 22-535-82-00, 31-156 Kraków, ul. Zacisze 7, tel. 12-630-46-00,
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl, www.wolterskluwer.pl,
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia.

Sektor niepubliczny
Leszek Buliński

wyd. I. Warszawa 2009, str. 160, cena 44,00 zł
Publikacja omawia proces rozwoju rynku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Przedstawia możliwości i trudności tego rozwoju wobec aktualnego stanu prawnego, organizacyjnego i finansowego oraz subiektywnych odczuć pacjentów. Sformułowano wskazania do polityki zdrowotnej na przykładzie analizy funkcjonowania wybranego NZOZ-u Spółka Prywatna Gdańsk Południe w latach 2003-07. Obszerna bibliografia.

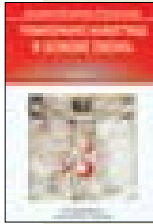
dokończenie na str. 44

REKLAMA

REKLAMA

Książki
nadesłane

dokończenie ze str. 43

**Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia****Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska**

wyd. I. Warszawa 2010, str. 218, cena 53,00 zł

Publikacja informuje przy pomocy jakich metod marketingowych placówki zdrowotne mogą rozpoznawać pozamedyczne oczekiwania pacjentów, a następnie ich pozyskiwać i utrzymywać jako nabywców usług w długim okresie. Przedstawia wewnętrzne i zewnętrzne źródła finansowania działalności oraz powiązania między strategiami marketingowymi a strategią finansowania. Liczne przykłady, rysunki i tabele. Dla

szerokiego grona czytelników, zarówno studentów odpowiednich kierunków medycznych, studiów podyplomowych, jak i menedżerów placówek zdrowotnych.

Ponadto nadesłano:**Naprotechnology****– the new women's health science****Lublin, Poland September 12th-13th 2009**

Department of Obstetrics and Perinatology of the Medical University, Lublin. The Fundation of John Paul II Institute fao Marital Infertility Treatment Lublin Center for Public Health. www.infertility.pl, str. 180

Materiał międzynarodowej konferencji „NaProTechnology-Lublin 2009” dla lekarzy oraz kurs dla instruktorów Creighton Model Fertility Care System dotyczące leczenia niepłodności małżeńskiej. Metoda zyskująca uznanie jako skuteczna w konkretnych problemach jak niepłodność, nawykowe poronienia, zespół napięcia przedmiesiączkowego, depresje poporodowe, nawracające torbiele jajnikowe i wiele innych.

REKLAMA

REKLAMA

Intensywna terapia dorosłych.**Kompendium****Zbigniew Rybicki**wyd. I, Lublin 2010, **Wydawnictwo Makmed**,

20-093 Lublin, ul. Chodźki 5/57, tel. 81-740-40-56,

e-mail: wydawnictwo@makmed.com.pl, str. 640, cena 128,00 zł

Podręcznik ma charakter uniwersalny i może służyć wszystkim zainteresowanym leczeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Podręczna wersja niezbędna w codziennej pracy lekarza przy łóżku chorego.

Edukacja onkologiczna**– przewodnik dla wtajemniczonych****Wiktor Chmielarczyk**

Warszawa 2010,

wyd. **Samodzielna Pracownia Edukacji Onkologicznej**

Centrum Onkologii-Instytut

im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, tel. 22-546-28-81

(wyd. dofinansowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego), str. 62.

Broszura, w której autor prezentuje zagadnienia związane z edukacją onkologiczną nadając jej często formę eseju naukowego. Dla lekarzy wszystkich placówek onkologicznych w kraju.

Cud w medycynie. Na granicy życia i śmierci**Opowieści lekarzy**wysłuchała i opracowała **Anna Mateja**Kraków 2010, **Wydawnictwo Literackie Sp. z o.o.**,

31-147 Kraków, ul. Długa 1, infolinia 0800 421 040,

księgarnia internetowa www.wydawnictwoliterackie.pl,e-mail: księgarnia@wydawnictwoliterackie.pl,

faks +48 12-430-00-96, tel. +48 12-619-27-70

„To książka, która po ludzku porusza i daje nadzieję”. „Są to opowiedziane przez lekarzy prawdziwe historie pacjentów, którzy wbrew najgorszym rokowaniom wrócili do zdrowia. Wypowiadają się wybitni specjaliści różnych dziedzin medycyny. Czytelnik znajdzie tu relacje z prekursorskich operacji. Przeżyje grozę i radość sukcesu pierwszego, udanego przeszczepu kobiecej twarzy. Zadrży przy dramatycznych decyzjach podczas najtrudniejszych z operacji i zamyśli się nad cudownymi ozdrowieniami. Pozna kulisy heroicznej walki lekarzy o ludzkie życie.” Nie da się bez emocji czytać tych opowieści o cudzie ludzkiego życia, dlatego notka Wydawnictwa Literackiego jak najbardziej oddaje treść książki.

**Wiecznym piórem – na przekór****Stefan Kruś**

tom I i II, Warszawa 2010,

wyd. **media TV Plus Sp. z o.o.**,

00-378 Warszawa, ul. Jaracza 2,

tel. 22-626-88-68,

e-mail: pawel.krus@mediatv.com.pl.Książka do nabycia: www.nazdrowie.pl

Autor – wieloletni kierownik Zakładu Anatomii

Patologicznej AM w Warszawie, wybitny uczony

i erudyta, autor nie tylko podręczników, ale i „felietonów przekornych” w czasopiśmie

medycznych, pisanych piękną polszczyzną. Wspomnienia te to obrazki z życia rodzinnego, studenckiego i zawodowego. Wyziera z nich patriotyzm, zamięłowanie do literatury, zwłaszcza poezji, przyjaźni i smakowania życia pozbawionego goryczy, zawiści i innych cech psujących egzystencję. Poznajemy osobowość autora pozbawionego uprzedzeń i złości, która tak nas ogranicza.

opr. md

Ogłoszenia
sportowesport@gazetalekarska.pl**Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy i Lekarzy Dentystów w klasie PUCK**

Zapraszam Koleżanki i Kolegów zainteresowanych żeglarstwem do udziału w zawodach o puchar Prezesa ORL w Gdańsku, które odbędą się **12.06.br. w Harcerskim Ośrodku Morskim w Pucku**. Dzięki uprzejmości firm sponsorujących udało się pozyskać środki finansowe pozwalające na obniżenie opłaty rejestracyjnej. *Zgłoszenia załóg trzyosobowych (jednego sternika posiadającego patent żeglarski i dwóch członków załogi) można wysyłać na adres: regatypuck@gmail.com*. W zgłoszeniu prosimy podać: imię i nazwisko uczestnika, adres, izbę lekarską, do której uczestnik należy, telefon kontaktowy. Warunkiem zakwalifikowania do udziału w regatach jest wniesienie opłaty rejestracyjnej za każdego uczestnika regat w wysokości 150,00 zł do 28.05.br. na konto: Bank Zachodni S.A. 3 Oddział Gdynia 69 1090 1102 0000 0000 1000 4314, z podaniem imienia, nazwiska i adresu uczestnika regat i z dopiskiem „regaty2010”. Dla uczestników, którzy nie są członkami OIL w Gdańsku organizatorzy zapewniają wliczone w koszty noclegi na terenie Harcerskiego Ośrodka Morskiego w dn. 11/12 oraz 12/13.06.br. *Zgłoszenia wyłącznie drogą mailową na adres: [Joanna Bobowicz-Jassem, regatypuck@gmail.com](mailto:Joanna.Bobowicz-Jassem@regatypuck@gmail.com). Informacje: [Biuro OIL w Gdańsku oil@gdansk.oil.org.pl](mailto:Biuro.OIL.w.Gdansk@gdansk.oil.org.pl), tel. 58-52-43-200, www.hompuck.org*. Z żeglarskim pozdrowieniem Roman Budziński

VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Sławkowym

Klub Wędkujących Lekarzy FishMed zaprasza na zawody, które odbędą się **19.06.br. (sobota) na zbiorniku Rajsko k. Oświęcimia**. *Kontakt: [Klaudiusz Komor \(0608-365-164\)](mailto:Klaudiusz.Komor@op.pl), e-mail: kkomor@op.pl*.

Jednocześnie informujemy, że **Mistrzostwa Lekarzy w Wędkarstwie Morskim** zostały przełożone z powodu żałoby narodowej na **18 września**. Numer kontaktowy jak powyżej.

Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie

OIL w Częstochowie zaprasza na Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy, który uzyskał akredytację PSTL, w dn. **14-16.05.br., na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria” przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry**. W drugim dniu turnieju odbędzie się bankiet w Klubie Lekarza OIL w Częstochowie. Opłata za udział: 100 zł – członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy, 150 zł – lekarze nie zrzeszeni w PSTL. Wpłaty do 30.04.br. na konto 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, tytułem: Tenis 2010. *Zgłoszenia: [Lesław Rudziński](mailto:Leslaw.Rudziński), tel. 0601-91-33-81; [Rita Idziak](mailto:Rita.Idziak), tel. 34-368-18-88, faks 34-365-41-20. Informacje: www.pstl.org*.

IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach LA

odbędą się **29.05.br. w Zielonej Górze**. *Informacje: [Maciej Cerbiński](mailto:Maciej.Cerbiński), tel. 601-790-707, [Biuro OIL](mailto:Biuro.OIL), tel. 68-320-79-00, 509-396-025*.

IX Puchar Mazowsza „Medyków” w Strzelectwie Sportowym

Klub Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątko” przy OIL w Warszawie zapraszają lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia na zawody, które zostaną przeprowadzone w konwencji open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet małokalibrowy, pistolet centralnego zapłonu, karabinek sportowy. Zawody odbędą się 15.05.br. na strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „FENIKS” w Węgrowie. Warunkiem uczestnictwa jest: a) dokonanie zgłoszenia *listownie na adres 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10, telefonicznie 25-691-73-08, 25-792-60-33, 606-120-892, faksem 25-691-73-08, e-mailem radek@poczta.fm*; b) wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wys. – 80 zł. W zawodach mogą brać udział zawodnicy dysponujący własną bronią sportową, istnieje również możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę towarzyską, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody. Możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

Zjazdy
koleżeńskie**Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1945-50**

W 60 rocznicę ukończenia studiów odbędzie się spotkanie absolwentów, w **piątek 21.05.br., w Klubie Lekarza w Warszawie przy ul. Raszyńskiej 54 o godz. 17.00**. Poprzedzi je **Msza św. w kościele św. Jakuba przy pl. Narutowicza, o godz. 16.00**. *Zgłoszenia udziału pod adresem: [Teresa Majlert-Michałowska](mailto:Teresa.Majlert-Michałowska), Warszawa, ul. Marszałkowska 87 m. 76, tel. 22-621-85-12 lub [Janina Szłazkiewicz-Kępska](mailto:Janina.Szłazkiewicz-Kępska), 02-365 Warszawa, ul. Białobrzaska 22 m. 221, tel. 22-822-12-88*.

Absolwenci AM w Gdańsku, rocznik 1962-68

Zjazd koleżeński w dn. **1-3.10.br. w miejscowości Gołuń, hotel Gołuń k. Wdzydz**. *Komitet organizacyjny: [Walenty Nyka](mailto:Walenty.Nyka), [Klinika Neurologii Dorosłych GUMet](mailto:KlinikaNeurologiiDoroslychGUMet), ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, e-mail: wmnyka@gumed.edu.pl lub szymanska352@wp.pl*

Absolwenci AM w Białymstoku, rocznik 1969-75

W dn. **16-17.10.br.** organizujemy spotkanie koleżeńskie w **Białymstoku (Pałac Branickich i restauracja Camelot)**. Nocleg we własnym zakresie. Koszt uczestnictwa 250 zł. Wpłaty na konto: BGŻ 90 2030 0045 1130 0000 0401 7650 Janusz Popko. *Wpłatę proszę potwierdzić telefonicznie lub mailem: jpopko@umwb.edu.pl, tel./faks 85-745-08-95, [Klinika Ortopedii Dziecięcej UDSK](mailto:KlinikaOrtopediiDziecięcejUDSK), 15-269 Białystok, ul. J. Waszyngtona 17*.

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rok 1980

Zjazd Absolwentów rocznik 1980 Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu odbędzie się w dn. **5-6.06.br. w hotelu „Las” w Piechowicach-Szklarskiej Porębie**. *Zgłoszenia e-mailowe na adres: ddjp@jes.com.pl*. Opłata zjazdowa 400 zł (all inclusive) od osoby. Przelew na konto: Dolnośląska Fundacja Transplantacji, Kredyt Bank S.A. IV O. KB SA we Wrocławiu nr 49 1500 1793 1217 9003 0630 0000, z dopiskiem „Zjazd”. *Informacje: tel. 71-322-86-00, [Dariusz Patrzałek](mailto:Dariusz.Patrzałek)*

Wydział Lekarski PAM w Szczecinie, rocznik 1994-2000

W dn. **1-3.10.br.** planowany jest zjazd koleżeński w 10 rocznicę ukończenia uczelni. Miejsce spotkania – **Międzyzdroje, hotel Slavia**. *Informacje dotyczące kosztów, nr konta oraz program spotkania u osób odpowiedzialnych za organizację: [Dorota Janus](mailto:Dorota.Janus), tel. 0504-270-199 lub capricorn11@wp.pl; [Beata Pełka-Lalik](mailto:Beata.Pełka-Lalik), tel. 0608-342-434 lub p.lalik@interia.pl*. Ostateczny termin zapisów mija 30.06.br.

opr u

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE**www.absolventus.pl**

SERWIS POMOŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW.

PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIAJĄ SZYBKIE

WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZIEJDZIE.

Imprezy
różne**Wyjazd do Eforii**

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie przygotowała dla lekarzy 15-dniowy wyjazd na leczenie i wypoczynek w **Eforii (Rumunia): kuracja błotami** (leczenie bólów kręgosłupa, układu kostnego i bólów reumatycznych). Samolot z Warszawy, autokar do hotelu 3* w dzielnicy willowej, wyżywienie. Wyjazdy **21.06. i 23.08.br.** Cena 3250 zł. *Informacje i zgłoszenia: praca@warszawa.oil.org.pl*

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2010)

CEDUS

- **10-14.05.** Ciechocinek. USG stawów kończyna dolna-poziom średnio zaawansowany. 502 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **14-16.05.** Sopot. Konferencja Diagnostyka USG. 1500 zł, pełnopłatny
- **15-16.05.** Ciechocinek. USG w urologii. 205 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **4-6.06.** Ciechocinek. USG jamy brzusznej-poziom zaawansowany. 342 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **5.06.** Warszawa. SYMPOZJUM Anatomia i diagnostyka USG jednostek mięśniowo-ścięgnistych. 400 zł, pełnopłatny
- **10-14.06.** Ciechocinek. Echokardiografia-poziom zaawansowany. 502 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **18-19.06.** Serock. Endokrynologia ginekologiczna. 189 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **19-21.06.** Ciechocinek. Doppler - poziom zaawansowany. 292 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **25-27.06.** Ciechocinek. USG w ortopedii - poziom podstawowy. 310 zł, unijny, z dofinansowaniem
- **28.06.-2.07.** Ciechocinek. Doppler - poziom podstawowy. 516 zł, unijny, z dofinansowaniem

Informacje: Centrum Diagnostyki Obrazowej CEDUS, ul. Bruna 32, 02-594 Warszawa, tel./faks 22-64-64-055, www.cedus.edu.pl

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

- **13-15.05.** *Patologia ciąży*
- **9-14.05.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących.* Teoria i praktyka
- **20-22.05.** *Kolposkopia dla początkujących*
- **10-12.06.** *Choroby sutka z elementami diagnostyki USG*
- **25-28.08.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*
- **5-10.09.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących.* Teoria i praktyka
- **15-18.09.** *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
- **23-25.09.** *Kolposkopia dla zaawansowanych*
- **30.09-2.10.** *Diagnostyka dopplerowska w ginekologii i położnictwie*
- **24-27.11.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*

Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

- **15.05.** CMKP w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, godz. 10.00-13.00. Warszawsko-Otwocki Oddział PTChP i PTW, we współpracy z Warszawskim Oddziałem PTP i z Mazowieckim Oddziałem PTMR organizują sesję naukową poświęconą **szczepieniom ochronnym w chorobach układu oddechowego**. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl, Tadeusz M. Zielonka 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl, sekretarz: Jacek Jagodziński 0604-957-483, jacek.jagodzinski@hipokrates.org; sekretariat: Izabela Misiak, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, 01-138 Warszawa, ul. Płocka 26, tel. 22-43-12-158, i.misiak@igichp.edu.pl

Stomatologia w Ciechocinku

- **15.05.** Klinika Zakładu **Stomatologii Zachowawczej** UM w Łodzi i Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL organizują kurs: **Diagnostyka i leczenie zmian endodontyczno-periodontologicznych. Współczesne metody opracowania i wypełniania ubytków.**
- **19.06.** Klinika Stomatologii Ogólnej UM w Łodzi i Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL organizują kurs: **Stomatologia estetyczna. Najnowsze badania dotyczące polimeryzacji kompozytów, zmieniające dotychczasową wiedzę - wykorzystanie nowych badań w codziennej pracy lekarza stomatologa.**

Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 54-231-51-57, 0694-724-871.

- **17.05.** Biblioteka Śląska w Katowicach. Inter Polska, pod patronatem Śląskiej Izby Lekarskiej, organizuje konferencję: **Prawo a medycyna**. Informacje: www.interpolska.pl, tel. 0660-615-239, e-mail: rejestracja@mediaforum.pl

Szkolenia Wolters Kluwer Polska

- **18.05.** Warszawa. *Realizacja i kontrola realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia*, 6 pkt. edukac.
 - **18.05.** Wrocław. *Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - tworzenie, przekształcenie SP ZOZ-u w N ZOZ i podstawy prawne*
 - **21.05.** Kraków. *Zarządzanie nieruchomościami i infrastrukturą ZOZ*
 - **24.05.** Kraków. *Rachunkowość w Zakładach Opieki Zdrowotnej*
 - **25.05.** Kraków. *Zarządzanie finansami w ZOZ*
 - **1.06.** Kraków. *Odpowiedzialność cywilna i pracownicza w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi przez lekarza/pielęgniarkę*
- Informacje: www.abc.com.pl, e-mail: szkolenia@wolterskluwer.pl, tel. 22-535-83-14

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

- **18-21.05., 15-18.06.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej* – kurs podstawowy
 - **24-28.05.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
 - **21-23.06.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący
- Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 71-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl/

- **22-23.05.** Osolin k. Wrocławia. **Racjonalna Terapia Zachowania** – szkolenia. Kurs Racjonalnej Terapii Zachowania RTZ I. Koszt warsztatów: 450 zł, 400 zł dla studentów. Koszt wyżywienia i zakwaterowania (dla chcących mieszkać na miejscu) 100 zł za całość. Informacje i zapisy: programsimentona@gmail.com, tel. 0505-811-260

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

- **6-11.06.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie* – kurs podstawowy
 - **25-27.06.** *USG 3D w położnictwie* – teoria i praktyka
 - **5-10.09.** *Diagnostyka USG w urologii* – kurs praktyczny. TRUS
 - **10-12.09.** *Postępy w diagnostyce USG w urologii i nefrologii* – kurs doskonalący
 - **12-17.09.** *Przekłatkowa ultrasonografia płuc* – kurs praktyczno-teoretyczny
 - **15-17.10.** *Ultrasonografia w hematoonkologii dziecięcej* – kurs doskonalący
 - **29-31.10.** *Diagnostyka i powikłania choroby wieńcowej serca. Nabyte wady serca – zastawki mitralnej i aortalnej* – kurs doskonalący
- Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

- **10-11.06.** Aula Kliniki Chirurgii Serca, Naczyn i Transplantologii IK CM UJ w Krakowskim Szpitalu Spec. im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków. 4. Krakowskie Międzynarodowe Warsztaty **Flebologiczne, Angiologiczne, Limfologiczne i Dermatologiczne** oraz 22. Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Pol. Tow. Flebologicznego: **Postępy Flebologii, Angiologii, Limfologii i Dermatologii 2010**. Główne tematy: - *Stopa cukrzycowa (panel interdyscyplinarny)*; - *Zatorowość płucna (panel interdyscyplinarny)*; - *Flebektomia żyłaków: metoda Várady (transmisje z sali operacyjnej)*; - *EVLV (transmisje z sali operacyjnej)*; - *Owrzodzenia podudzi (bandażowanie –(transmisje z gabinetu zabiegowego)*; - *Obrzęki limfatyczne kończyn (bandażowanie – transmisje z gabinetu zabiegowego)*; - *Przewlekła niewydolność żylna: diagnostyka (usg – przekaz na żywo) i leczenie*; - *Zastosowanie laserów w dermatologii*. Dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii naczyniowej i angiologii, dla szerokiego grona lekarzy reprezentujących medycynę rodzinną i inne specjalizacje, a także innych osób zainteresowanych profesjonalnie praktyczną flebologią, angiologią, limfologią i dermatologią. Pkt. edukac. Oplata: 200 PLN (z 22% VAT) od 1.05.br. Informacje i rejestracja: S'ART Agencja Artystyczna, ul. Narciarska 2c, 31-579 Kraków, tel. 0605-408-326, faks 12-648-73-13, www.artsart.pl,

e-mail: biuro@artsart.pl. Aktualizowane informacje na stronie: www.artsart.pl/flebologia, www.kardiochirurgia.cm-uj.krakow.pl, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków

- **12.06.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.30, wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Warszawsko-Otwocki Oddział PTHP organizuje 26 sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Zmian płucnych w przebiegu chorób innych narządów**. Informacje: www.ptchp.home.pl, kierownik kursu Tadeusz M. Zielonka 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl, sekretarz Jacek Jagodziński 0604-957-483, jacek.jagodzinski@hipokrates.org, sekretariat: Izabela Misiak, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, 01-138 Warszawa, ul. Płocka 26, tel. 22-43-12-158, i.misiak@igichp.edu.pl

- **14-18.06.** Szklarska Poręba, hotel Las. Simontonowski Instytut Zdrowia zaprasza do udziału w sesji szkoleniowo-terapeutycznej **Programu Simontona**. Metoda Simontona to poznawczo-behawioralny program samopomocy emocjonalnej dla chorych na nowotwory złośliwe i osób ich wspierających. Możliwość zdawania egzaminu certyfikacyjnego terapii Programu Simontona! Potwierdzeniem uczestnictwa jest uiszczenie opłaty za szkolenie na konto SIZ do 20.05.br. Oplata: 890 zł, 850 zł – dla czł. Pol. Tow. Psychoonkologicznego oraz uczestników poprzednich warsztatów, 790 – dla studentów studiów dziennych. Wpłaty: Simontonowski Instytut Zdrowia, ul. Sekutowicza 3/9, 20-152 Lublin, nr r-ku BPH 85 1060 0076 0000 3200 0133 2440. Zapisy: e-mail: programsimentona@gmail.com lub tel. 0505-811-260 od poniedziałku do piątku w godz. 9.00-12.00. Oplata dla pacjentów i osób wspierających: 100 zł. Informacje: www.simonton.pl, www.programsimontona.pl

- **19-23.06., 4-9.09.** Zakopane. Sono-Medicus organizuje kurs podst.: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, Michał Kulej tel./faks 018-201-24-17, 0609-999-000.

- **22.06.** Sala Audytoryjna 6051 Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, ul. Garbary 15. Wielkopolskie Centrum Onkologii, UM im. K. Marcinkowskiego i Wielkopolska Izba Lekarska organizują Konferencję Naukową **Kodowanie w systemie JGP - doświadczenia z dwóch lat**. Informacje: www.wco.pl/konferencja-jgp/

- **1-3.07.** Warszawa. Referencyjny Ośrodek Kardiologii Prenatalnej Typu C organizuje kursy dla lekarzy **położników i ginekologów: Kardiologia płodu, badanie dopplerowskie w położnictwie, ciąża mnoga** – podstawowy oraz **Kardiologia płodu, 3-4D, STIC** – dla zaawansowanych. Informacje: www.usgecho4d.pl, tel. 0504-528-158, e-mail: fetus@wum.edu.pl

- **23-25.09.** Łódź, Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji, ul. Ks. Skorupki 21. ZG PTR, Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, UM w Łodzi, ZUS oraz Interservis Sp. z o.o. zapraszają na: VII Międzynarodowy Kongres Pol. Tow. **Rehabilitacji. Cywilizacyjne uwarunkowania kierunków rozwoju rehabilitacji medycznej**. Pkt. edukac. Informacje: www.kongresptreh.pl

- **19-21.05.2011.** Kraków. Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych UJ oraz Fundacja na Rzecz Postępów w Leczeniu Cukrzycy i Innych Chorób Metabolicznych „Życ z Cukrzycą” organizują XIII Zjazd Pol. Tow. **Diabetologicznego**. Główne tematy: - *Nowe kierunki w terapii cukrzycy*; - *Cukrzyca a nowotwory*; - *Cukrzyca i ciąża*; - *Genetyka i epidemiologia cukrzycy i jej powikłań*; - *Profilaktyka cukrzycy*; - *Profilaktyka i leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy*; - *Nowe technologie w diabetologii*; - *Stany nagłe w cukrzycy*. Informacje dotyczące Zjazdu: www.13ptd.cm-uj.krakow.pl. Adres do korespondencji: Komitet Organizacyjny XIII Zjazdu PTD, Katedra i Klinika Chorób Metabolicznych UJ CM, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 15, tel. 12-424-83-31, 12-424-83-01, faks 12-421-97-86, e-mail: metabol@cm-uj.krakow.pl. Obsługa XIII Zjazdu PTD: ORBIS TRAVEL PBP ORBIS Sp. Z o.o., 31-130 Kraków, ul. Kremerowska 5, tel. 12-422-30-44, 12-422-17-07, faks 12-422-28-85, e-mail: congress.krakow@orbistravel.krakow.pl

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

REKLAMA

REKLAMA