

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



Lekarze w polskim **FILMIE**

REKLAMA

Wejdź na stronę:

www.loratadyna-bez-tajemnic.pl

i otrzymaj najnowszą książkę

„ALERGIA,
CHOROBY ALERGICZNE,
ASTMA”



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

– realizator projektu „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy”

Człowiek – Najlepsza Inwestycja



Poszukiwani lekarze specjaliści!

Planujesz swój dalszy rozwój zawodowy i zastanawiasz się jaką wybrać specjalizację?

Rozpocznij karierę lekarza specjalisty w jednej z deficytowych i poszukiwanych specjalności:

- Kardiologii
- Kardiologii Dziecięcej
- Onkologii Klinicznej
- Chirurgii Onkologicznej
- Radioterapii Onkologicznej
- Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- Ginekologii Onkologicznej
- Medycynie Pracy

Weź udział w obowiązkowych kursach specjalizacyjnych dofinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

UWAGA! Do udziału w projekcie zapraszamy również lekarzy specjalizujących się w PATOMORFOLOGII - dofinansowaniem w ramach projektu objęte są 3 kursy onkologiczne.

Skorzystaj z dofinansowania kosztów zakwaterowania i dojazdu na kurs w kwocie do **268 zł za dzień** kursu. Uczestnicy kursów mają zapewnione w czasie ich trwania **śniadanie i obiad**.

Szczegóły dotyczące udziału w projekcie oraz refundacji wydatków związanych z kursem na stronie

www.cmkp.edu.pl

Już ponad
8000
uczestników
projektu
skorzystało
z dofinansowania



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



W numerze

- 4 **Na wstępie / R. Golański:**
Co przyniesie przyszłość
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:**
Musimy być solidarni
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Z armaty do muchy
- 11 **Temat miesiąca:** Czy wszyscy kłamią?
Lekarze w polskim filmie
- 16 **Nasi w Europie / Anna Lella:**
„Umedycznienie” stomatologii
- 17 **Rozmowa o zdrowiu:** Aktor i lekarz to
zawody pokrewne
- 20 **Samorząd:** Lekarze z charakterem
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:**
Zwolnij, idą wakacje...
- 24 **Stomatologia:** Efekt kształcenia filarem
nowych programów nauczania
- 26 **Stomatologia:** Lekarze i legislacja
- 28 **Prawo i finanse:** Postępowanie przed
wojewódzką komisją ds. orzekania
o zdarzeniach medycznych
- 30 **Nauka**
- 32 **Medycyna i historia:** Biali żołnierze. Kiedy
uczucia stężały, a na lęk brakło miejsca
- 34 **Medycyna i historia:** To był obowiązek
- 36 **Praktyka lekarska:** Weź tabletkę
- 38 Zmniejszyć ryzyko
- 40 Jeszcze jest wiele do zrobienia
- 42 Możliwości i bariery rozwoju zawodowego
lekarzy i lekarzy dentystów
- 44 **Ochrona zdrowia w UE:** Finlandia
– tradycyjnie zdecentralizowana
- 46 **Indeks korzyści:** Najstarszy zawód świata
- 48 **Nasze sprawy:** Spotkanie dziennikarzy
samorządowych
- 50 **Z dwóch stron sceny / S. Piertas:**
Czterech synów miał tata
- 51 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:**
Gwarantem położna
- 52 **Błąd malarski:** Królewski gest
- 53 **Recenzja:** Obawy i nadzieje
- 54 **Kultura:** Gdzie realizm przenika się
z abstrakcją
- 55 Radość tworzenia w uroczym dworku
- 56 **Sport**
- 58 **Listy do redakcji**
- 59 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (23) / J. Wanecki:** Jest inny świat
- 66 **Jolka lekarska**

21 października

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się wernisaż otwierający Ogólnopolską Wystawę Fotografii Lekarzy, tym razem pod hasłem „Fotografia z odrobiną humoru...”. Wystawa potrwa do 26 października.

12 września

Konferencja stomatologiczna z okazji V edycji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej organizowana przez MZ, NRL i ORL w Warszawie.

29 września

III Polski Koncert Lekarzy w Ostrowie Wielkopolskim, w czasie którego zaprezentują się wszystkie zespoły, gościnnie wystąpi też Orkiestra Kameralna „Operacja Muzyka” Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Wstęp wolny.



Ryszard Golański

Czytelnicy „Gazety Lekarskiej” z satysfakcją wytykają mi, że pomyliłem się w prognozach przedstawionych w czerwcowym numerze. Biję się w piersi i przyznaję, że nie doceniłem determinacji i sprawności naszych drogowców. Odcinek autostrady A2 między Strykowem a Kono-topą był przejezdny w przeddzień rozpoczęcia największego sportowego wydarzenia w dziejach Polski! O sprawności i determinacji naszych reprezentantów nie będę pisał. Bez względu na wynik sportowy, jako społeczeństwo przeżyliśmy pewien rodzaj święta, z licznymi powodami do satysfakcji. W chwili, kiedy piszę te słowa, wiadomo już, że polscy piłkarze nie zostaną mistrzami Europy. Państwo już wiedzą, kto nimi został. Podobna jest między nami różnica, co do wiedzy o skutkach lekarskiego protestu, dotyczącego umów z NFZ w sprawie recept refundowanych. Mam nadzieję, że apele samorządu lekarskiego i innych lekarskich organizacji nie poszły na marne i że większość z nas powstrzymała się od podpisania umowy. I obym się tym razem nie pomy-

lił. Pan minister Arłukowicz pytany w połowie czerwca przez dziennikarkę jednej z radiowych rozgłośni o to, jak wielu lekarzy podpisało te umowy, wypowiadał się bardzo powściągliwie. A przecież z pewnością otrzymuje z NFZ bieżące informacje w tej sprawie.

Zespół ds. Negocjacji z NFZ Naczelnej Rady Lekarskiej, pod przewodnictwem Zyty Kaźmierczak-Zagórskiej, przygotował projekt umowy receptowej. Po uwzględnieniu uwag radców prawnych i członków NRL jest on gotowy i zostanie oficjalnie przedstawiony. Jest dowodem, że samorząd lekarski pragnie i potrafi uczestniczyć w przygotowaniu przepisów regulujących wykonywanie zawodu lekarza. Jest także zaprzeczeniem tezy, że lekarze potrafią tylko narzekać i protestować. Miejmy nadzieję, że projekt zostanie wykorzystany i wysiłek nie pójdzie na marne.

Czerwiec był miesiącem lekarskich dylematów, związanych z umowami dotyczącymi recept oraz okresem pracowitym dla tych spośród nas, którzy są właścicielami praktyk

Teraz czas na urlopy
i chwile zapomnienia
o trudnej codzienności.
Życzę Państwu słońca
i wytchnienia!

lekarskich, administratorami publicznych placówek medycznych albo właścicielami dawnych NZOZ-ów; ustawa o działalności leczniczej wymogła zmiany rejestrowe.

Teraz czas na urlopy i chwile zapomnienia o trudnej codzienności. Życzę Państwu słońca i wytchnienia! ■

Autor jest redaktorem naczelnym „GL”.

Migawka

Jubileusz 90-lecia urodzin obchodził w NIL **prof. Stanisław Leszczyński – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji samorządu lekarskiego.**

Na uroczystość przyjechali ci, którzy pracowali z nim w latach 1989-1997.



Obowiązkowe ubezpieczenia – obowiązkowo w nowym kształcie

Zbliża się termin dostosowania się do nowych przepisów, które wprowadziła ustawa o działalności leczniczej.

Lekarze objęci są obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej od 2010 roku. Mimo że nie jest to długi okres, zasady podlegania temu obowiązkowi ulegały już zmianom. Ostatnia dokonana została ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. 1 lipca 2012 r. mija rok od wejścia w życie tej ustawy. Data ta wyznacza w wielu przypadkach granicę na dostosowanie się do nowych przepisów. Warto wobec tego przyrzeć się zmianom dotyczącym obowiązkowych ubezpieczeń i ich skutkom dla lekarzy.

Ustawa o działalności leczniczej połączyła funkcjonujące dotąd niezależnie obowiązkowe ubezpieczenia indywidualne lekarzy, ubezpieczenie podmiotu, któremu udzielono zamówienia na świadczenia zdrowotne na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i podmiotu związanego umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Nie trzeba więc obecnie zawierać odrębnych umów ubezpieczenia dla różnych form aktywności zawodowej.

Obowiązkowe ubezpieczenie lekarzy obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia należy przekazać izbie lekarskiej jako organowi rejestrowemu, dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela. Informacja o zawarciu umowy ubezpieczenia wpisywana jest do rejestru. Zmiany w tym zakresie muszą być zgłoszone w ciągu 14 dni od ich powstania. Naruszenie tego obowiązku (podobnie jak obowiązkowi zgło-

szenia zmian innych danych wpisywanych do rejestru) nie jest już bezkarne. W takim wypadku na lekarza może być nałożona kara pieniężna w wysokości do dziesięciokrotnej wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Obecnie byłaby to kwota 15 000 zł.

Surowe konsekwencje może mieć również niezawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia. Fakt taki może być potraktowany jako rażące naruszenie warunków wymaganych do prowadzenia praktyki zawodowej. Jego skutkiem jest wydanie decyzji o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem i wykreślenie z rejestru praktyk. Ponowny wpis do rejestru możliwy będzie wtedy dopiero po 3 latach.

W ustawie o działalności leczniczej znalazł się ponownie zapis, że obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej nie narusza przepisów art. 120 kodeksu pracy. Oznacza to, zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia, że jeśli lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę wyrządzi szkodę przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie pracodawca lekarza, a co za tym idzie – lekarz wykonujący zawód wyłącznie na podstawie umowy o pracę nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

Ponieważ przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej lekarze podlegali obowiązkowi ubezpieczenia i mieli już zawarte umowy obowiązkowego ubezpieczenia na wcześniejszych zasadach, nowe przepisy dotyczące ubezpieczeń stosowane są od 1 stycznia 2012 r. Jeżeli umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej została zawarta na okres, który kończył się po 1 lipca 2011 r., nową umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej trzeba podpisać najpóźniej w ostatnim dniu okresu

obowiązywania dotychczasowej umowy, ale najpóźniej 31 grudnia 2012 r. Nie trzeba więc natychmiast zawierać nowych umów i można spokojnie czekać, aż zakończy się okres, na który zostały zawarte.

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia obowiązkowego, w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, wynosi 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia.

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU! PAMIĘTAJ, ŻE:

1. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.
2. Niezawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia może skutkować wydaniem decyzji o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem i wykreślenie z rejestru praktyk. Ponowny wpis do rejestru możliwy będzie po 3 latach.
3. Jeżeli umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej została zawarta na okres, który kończył się po 1 lipca 2011 r., nową umowę trzeba podpisać najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, ale najpóźniej 31 grudnia 2012 r. Nie trzeba więc natychmiast zawierać nowych umów.
4. Nadal lekarz wykonujący zawód wyłącznie na podstawie umowy o pracę nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.



Maciej Hamankiewicz

Musimy być solidarni

W połowie czerwca w Sejmie RP zorganizowano debatę na temat ochrony zdrowia, w której wielokrotnie powoływano się na stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej. Posłowie RP sporo mówili o umowach na wypisywanie recept na leki refundowane zaproponowanych przez odwołanego już prezesa Paszkiewicza, zawierających kary np. za preskrypcję niezgodną z „udokumentowanymi względami medycznymi”, „uprawnieniami pacjentów” i w wysokości kosztów nienależnej refundacji. Z mównicy sejmowej padały stwierdzenia posłów RP: Tomasza Latosa z PiS: „Art. 48 pkt. 8 – ustawą, nowelizacją przez państwa proponowaną, zostały wykreślone pewne sankcje, które przenieśliście państwo, które przeniósł NFZ do aneksu, gdzie jest mowa o lekarzach. Jest to, przepraszam za wyrażenie, skrajna nieodpowiedzialność i arogancja”; Andrzeja Orzechowskiego z PO: „Warto zastanowić się nad tym, czy nowelizacja ustawy refundacyjnej rzeczywiście nie wprowadziła tych kar także dla lekarzy, którzy wypisują leki w gabinetach prywatnych, czy dla siebie, czy dla rodziny. Ta kwestia wymaga uregulowania. Konstytucjonaliści twierdzą, że prezes NFZ nie ma takich upraw-

Opracowaliśmy
nowy **wzór umowy,**
który powinien
zaistnieć jako aneks
dla wszystkich
upoważnionych
do wystawiania recept
na leki refundowane.

nień stanowiących, aby te kary wprowadzać”; Zbigniewa Kuźmiuka z PiS: „Panie ministrze, odnoszę wrażenie, że państwo konsekwentnie – od momentu, kiedy zaczęła się ta druga kadencja – rękami lekarzy chcecie ograniczyć wydatki refundacyjne na leki”; Beaty Małeckiej-Libery z PO: „Wierzę głęboko, że w najbliższym czasie dojdzie do wprowadzenia zmian w tych umowach”.

To kolejny raz, kiedy parlamentarzyści wsparli nasze stanowiska. Po raz pierwszy zrobili to w styczniu, kiedy zdecydowali o wykreśleniu zapisów o karach z ustawy refundacyjnej. Przy ich poparciu oraz po odwołaniu pomysłodawcy przywrócenia tych kar – co z pewnością było zgodne z naszymi oczekiwaniami – teraz opracowaliśmy nowy wzór umowy, który powinien zaistnieć jako aneks dla wszystkich upoważnionych do wystawiania recept na leki refundowane.

W tym działaniu środowisko lekarskie jest skonsolidowane – wspólnie z Porozumieniem Organizacji Lekarskich chcemy, aby problem umów został jak najszybciej rozwiązany. Nie ma dnia, żebym nie zastanawiał się, jak będzie wyglądał czas po 1 lipca. Już teraz, przy zamykaniu tego numeru „Gazety Lekarskiej”, należy wskazać, że stanowiska samorządu i organizacji lekarzy zmierzają do tego, aby protest miał charakter powszechny, aby do akcji przystąpili wszyscy lekarze i lekarze dentyści – bez względu na formę wykonywania zawodu: w prywatnej praktyce lekarskiej, w publicznym lub niepublicznym podmiocie leczniczym. Jest to bardzo ważne, ponieważ jako środowisko nie możemy pozwolić, aby tylko jedna grupa lekarzy była narażona na konsekwencje protestu. Musimy być solidarni. Przypominam, że lekarze i lekarze dentyści wykonujący zawód w publicznym lub niepublicznym podmiocie leczniczym są także zagrożeni poprzez kary nakładane na pracodawcę, który w umowie z NFZ o udzielanie świadczeń ma także zapisy

o karach. Lekarze posiadający umowę o pracę mogą ponieść szkodę z tytułu kary w wysokości do ich trzykrotnego wynagrodzenia, natomiast przeciwko lekarzom pracującym na umowach cywilnoprawnych pracodawca może założyć sprawę odszkodowawczą. Tak więc propozycja, aby wszyscy wypisywali po 1 lipca br. recepty na 100 proc., nie wynika tylko z wezwania do solidarności i chęci wytrwania w proteście, ale także z głębokiego przekonania, że jeżeli treść umowy pomiędzy lekarzem i lekarzem dentystą a NFZ pozostanie taka, jaką dzisiaj narzuca NFZ, to takie same kary również zostaną zawarte w propozycji aneksu do umów z pracodawcami o udzielanie świadczeń obowiązujących od 1 stycznia 2013 r.

Kary dla świadczeniodawców uregulowane są rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego też apelujemy do Ministra Zdrowia o zmianę ogólnych warunków umów.

Trybunał Konstytucyjny uznał ostatnio, że ustanowienie górnej granicy wynagrodzenia dla biegłego z zakresu medycyny za wydanie opinii wyłącznie na podstawie akt sprawy jest niezgodne z konstytucją. Zaznaczyl, przyjęty mechanizm wynagradzania paradoksalnie uderza przede wszystkim w tych biegłych, którzy przygotowaniu opinii musieli poświęcić wiele godzin pracy. Orzeczenie Trybunału bardzo mnie cieszy, bo jest zgodne z opinią samorządu lekarskiego, że praca lekarza biegłego jest wyceniana niesprawiedliwie. Teraz będzie szansa na przeliczenie czasu poświęconego na badanie, na sporządzenie opinii i wystawianie rachunków według aktualnie obowiązującej stawki godzinowej. ■

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Oryginalne części
i akcesoria BMW,
serwis BMW,
BMW Lifestyle

Wakacje 2012



Radość z jazdy

WYBIERZ SIĘ NA URLOP SWOIM BMW.



Pojemnik dachowy BMW 350.

Pojemność: około 350 l. Łatwy załadunek dzięki innowacyjnemu systemowi pozwalającemu na otwieranie z obu stron. Z potrójnym, centralnym zamkiem antykradzieżowym. Dostępny w kolorze srebrnym.

Cena
bez montażu

1869 zł



Uchwyt do iPada firmy Apple.

Trzy różne położenia uchwytu zapewniają wyjątkową elastyczność. Doskonały do pracy, przeglądania lub czytania – uchwyt do iPada firmy Apple jest doskonałym towarzyszem podróży.

Cena bez jednostki
bazowej i montażu

599 zł



Przegląd klimatyzacji BMW.

- Kontrola skraplacza klimatyzacji, paska napędowego i mikrofiltra
- Kontrola wydajności klimatyzacji.

Nasza oferta dla wszystkich modeli BMW z klimatyzacją lub klimatyzacją automatyczną.

Cena

123 zł

**IDEALNE AKCESORIA,
SERWIS I ROZWIĄZANIA
TRANSPORTOWE BMW
DOSTĘPNE U TWOJEGO
DEALERA BMW.**

**Dealer BMW
Inchcape Motor**
al. Prymasa Tysiąclecia 64
01-424 Warszawa
Tel.: +48 22 533 35 00
www.bmw-imp.pl

Nota prawna. Możliwość doposażenia i ceny zależą od modelu, wyposażenia standardowego i roku produkcji danego pojazdu. Podane ceny mogą się różnić w zależności od kursu wymiany walut. Wszystkie ceny obejmują VAT, bez kosztów montażu. Wszystkie oferty obowiązują do 31.08.2012 lub do wyczerpania zapasów. Oferty dostępne wyłącznie u dealerów BMW uczestniczących w programie. Zastrzega się możliwość błędów w druku i wprowadzania zmian.

Refundacja – spotkanie w Ministerstwie Zdrowia

Minister zdrowia zaprosił prezesa NRL Macieja Hamankiewicza oraz członków zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia na spotkanie w dniu 20 czerwca br. poświęcone dyskusji na temat kwestii związanych z refundacją leków w Polsce.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski zwrócił się do ministra zdrowia z podziękowaniem za zaproszenie, podkreślając, że sprawa ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych jest przedmiotem troski całego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce. Jednocześnie zaznaczył, że potrzebne jest zapewnienie udziału w spotkaniu również przedstawicieli Porozumienia Organizacji Lekarskich.

100% od 1 lipca 2012?

Prezydium NRL wyraziło uznanie dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, którzy do 31 maja br. nie podpisali aneksów do umów z NFZ na wystawianie recept na leki refundowane i zaznaczyło,

że ma nadzieję, iż w czerwcu zostaną przez NFZ zaproponowane nowe zasady dotyczące wystawiania recept zgodnie z oczekiwaniami środowiska lekarskiego.

Z dotychczasowych stanowisk NRL, Prezydium NRL, Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich w połowie czerwca wynikało, że jeśli sytuacja nie ulegnie zmianie – po 1 lipca br. rekomenduje się wszystkim lekarzom i lekarzom dentystom pisanie recept na 100% bez względu na rodzaj zatrudnienia i miejsce wykonywania zawodu.

Na stronie internetowej NIL znajduje się rekomendacja w sprawie sposobu wystawienia recepty oraz wzory ulotek dla pacjentów, które

opracowane zostały w celu wyjaśnienia braku zgody lekarzy i lekarzy dentystów na podpisywanie nowego wzoru umów. „Wypisując Ci receptę, chcemy to zrobić zgodnie z wiedzą medyczną, w zależności od Twojego

schorzenia, bez ograniczeń i strachu przed karą w NFZ” – widnieje napis na ulotce, którą każdy może pobrać ze strony.

Uwagi do działalności leczniczej

Naczelna Rada Lekarska odpowiedziała na projekty zmian ustawy o działalności leczniczej. W dokumentach NRL wskazano przede wszystkim, że zakres proponowanej nowelizacji jest zbyt wąski i przedstawiono propozycje jej rozszerzenia. Zmiany proponowane przez samorząd lekarski są w znacznej mierze rezultatem sprawowania przez okręgowe rady lekarskie funkcji organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w odniesieniu do praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Prezydium NRL podkreśliło m.in., że projekt dzielenia podmiotów leczniczych na przedsiębiorstwa wykonujące jeden rodzaj działalności jest niecelowy i przysparza obowiązków biurokratycznych oraz nawiązało do stanowiska NRL w sprawie założeń do ustawy o zmianie ustawy. Prezydium podniosło ponadto m.in. konieczność wyłączenia obowiązku posiadania



Światowy Dzień bez Papierosa – konferencja „Stomatologia 2012” w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej.



regulaminu organizacyjnego przez praktyki zawodowe oraz postulat wyłaniania w drodze konkursu nie tylko ordynatora, ale również lekarza kierującego oddziałem.

Leczenie szpitalne – nowe zarządzenie

„Większość procedur medycznych wykonywanych w rodzaju leczenie szpitalne jest niedoszacowana, a opiniowany projekt przewiduje dalsze obniżanie wyceny poszczególnych procedur” – napisał prezes NRL w liście do prezesa NFZ w związku z zamieszczeniem na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia projektu zmiany zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego. Samorząd lekarski oczekuje wyceny świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającej rzeczywiste koszty i warunki ich udzielania.

Światowy Dzień bez Papierosa – Stomatologia 2012

W tym roku konferencja organizowana przez Komisję Stomatologiczną NRL składała się z dwóch części tematycznych: epidemiologii i zagrożeń dla zdrowia związanych z paleniem tytoniu i zorganizowano ją w Światowy Dzień bez Papierosa; oraz aktualności legislacyjnych (temat omówiony na stronie 26)

9,8 mln osób w Polsce pali – wskazywał Tadeusz Parchimowicz z MZ, pali też – jak zaznaczył prof. Prof. Tomasz Konopka – 22,81% lekarzy. Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł wskazał, że na papierosy Polacy wydają 2,6% PKB, prof. Jan Zapala podał, że około 1/3 zgonów z powodu nowotworów złośliwych ma związek z paleniem tytoniu. Wśród palaczy, którzy podjęli próbę zaprzestania palenia, 57,2% zostało zapytanych przez lekarza o to, czy palą, 41,8% otrzymało od lekarza poradę, aby zaprzestać palenia tytoniu – podkreślał Krzysztof Przewroźniak z WHO. Lekarz musi pamiętać, iż palenie papierosów nie jest zachowaniem etycznie poprawnym – nawoływał Stefan Bednarz z Komisji Etyki NRL.

Konferencję otworzyli: Maciej Hamankiewicz – prezes NRL oraz Anna Lella – wiceprezes NRL oraz przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL. ■

Katarzyna Strzałkowska
rzecznik prasowy NIL
k.strzalkowska@hipokrates.org

Choroby cywilizacyjne XXI wieku

PHARMINDEX®

zaprasza na:

KONFERENCJE

WARSZAWA

6 października 2012 r.

POZNAŃ

13 października 2012 r.

25

punktów
edukacyjnych



Dla każdego uczestnika
konferencji prezent:

encyklopedia lub CD-ROM
**PHARMINDEX
KOMPENDIUM LEKÓW 2012**

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE
ORAZ ZAKUP UCZESTNICTWA:**

www.sklep.pharmindex.pl

lub telefoniczne (22) 101-36-67



UBM Medica

UBM Medica Polska Sp. z o.o.

Plac Bankowy 2, 00-095 Warszawa

infolinia: 801-196-449,

tel.:(22) 101-36-67/68, fax:(22) 101-36-01

www.pharmindex.pl, e-mail: sklep@pharmindex.pl

Punkty przyznawane są po rozwiązaniu testów z wykładów. Forma doskonalenia zawodowego- Pkt. 8 załącznika nr 3. Niniejsza oferta nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych.



Sławomir Badurek

Z armaty do muchy

W ostatnich miesiącach środowisko lekarskie bulwersują drażniące kary, zapisane w nowych umowach na wypisywanie leków refundowanych. Wielu lekarzy uważa, że to zemsta prezesa Paszkiewicza za otwartą krytykę ze strony samorządu, w szczególności jego szefa. Mocnym dowodem, potwierdzającym taką tezę, jest wywiad udzielony radiowej Jedynce, w którym prezes Paszkiewicz nazwał kolegę (?) po fachu, doktora Hamankiewicza, „produktem negatywnej selekcji”. No cóż, gdyby rzeczywiście przesyłane lekarzom umowy były „produktem urażonych ambicji” ich autora, tym gorzej dla niego, bo stawia go to w fatalnym świetle nie tylko jako prezesa ogromnej, wpływowej instytucji, ale przede wszystkim jako człowieka. Moim zdaniem, niezależnie, czy mamy do czynienia z prywatną wojenką prezesa Paszkiewicza, czy nie, NFZ bardzo chętnie sięga po kary, bo ta instytucja po prostu tak ma. Nie ma chyba dyrektora dużego szpitala, który nie przeżył kilkugodniowej albo nawet kilkumiesięcznej kontroli Funduszu, zakończonych żądaniem zwrotu pieniędzy. W podpisywanych przez zawierających kontrakty z NFZ warunkach udzielania świadczeń zdrowotnych jest obszerny rozdział poświęcony karom

umownym. Kary mogą maksymalnie wynosić do dwóch procent wartości kontraktu za każde ze stwierdzonych naruszeń i sumują się do trzech procent wartości kontraktu w toku jednego postępowania kontrolnego oraz czterech procent w okresie obowiązywania umowy. Na pozór niewiele, ale biorąc pod uwagę wysokość szpitalnych budżetów, mowa jest o kwotach liczonych w miliony złotych. Nie trzeba przekonywać, że jedna kontrola jest w stanie zniweczyć wielomiesięczne wysiłki zrównoważenia budżetu szpitala.

W jeszcze gorszej sytuacji są poradnie. Tu ceną za podpadnięcie urzędnikom z NFZ może być rozwiązanie umowy, czyli w praktyce zamknięcie przychodni. W ten sposób zakończyły się kontrole dla prawie czterdziestu poradni z kujawsko-pomorskiego, głównie z Bydgoszczy i Torunia. W dostępnym w internecie komunikacie, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, że w szeregu przypadków stwierdzono „drastyczne naruszenie zapisów zawartych w umowach”, a w „szczególnym stopniu dotyczyło to czasu pracy lekarzy”. Mówiąc bardziej zrozumiałym językiem, kontrolerom nie podobało się, że lekarze nie siedzieli w gabinetach w godzinach podanych w kontrakcie. Trudno mieć płatnikowi za złe, że pilnuje, czy umowa jest wykonywana należycie. Z drugiej strony nie stwierdzono, by „drastyczne naruszenie zapisów umowy” wiązało się z nieprzyjęciem kogokolwiek, kto był zapisany na wizytę albo po prostu tego wymagał. „Poradnia, w której przyjmuję, została zamknięta, bo wyszedłem dziesięć minut wcześniej z pracy. Oczywiście już po przyjęciu wszystkich zapisanych na ten dzień pacjentek” – tłumaczył w toruńskim dodatku „Gazety Wyborczej” jeden z ginekologów. W innym przypadku zarzut polegał na niezgłoszeniu zwolnienia lekarskiego jednego z lekarzy. I na ogół takie były owe „drastyczne naruszenia”, o czym wiem z innych źródeł. Wiadomo mi również, że

poradnie zobowiązały się do naprawy stwierdzonych uchybień. Można więc było ukarać, ale nie trzeba było strzelać z armaty do muchy. Kontrole powinny być też dobrą okazją do urealnienia wymagań co do czasu pracy. Bo jeśli poradnia ma zakontraktowane 300 punktów w miesiącu, to absurdem ze strony Funduszu jest wymagać, by specjalista do wieczora wpatrywał się w ściany pustego gabinetu. Jak widać, to zbyt cywilizowane jak na nasze standardy rozstrzygnięcia. Wypowiadając umowy, Fundusz „zrobił sobie dobrze”. A przy okazji także rządowi, bo w czasach kryzysu oszczędności są mile widziane. Przyczeka dano lekarzom, choć w ich przypadku chodzi raczej o zmianę harmonogramu pracy niż finansową stratę. Gorzej z pielęgniarkami i rejestratorkami, dla których wypowiedzenie przez NFZ kontraktu to realna groźba utraty pracy. Ale najszybciej i bardzo boleśnie „wnioski pokontrolne” odczuli ci, dla których dobra to wszystko się robi. Nasz narodowy płatnik zdrowotny nie ma bowiem w zwyczaju informowania pacjentów, gdzie mają się udać na oczekiwane leczenie. „Dobry lekarz powinien poczuwać się do odpowiedzialności i wskazać pacjentowi najbliższą placówkę, gdzie przyjmie go specjalista” – pouczała na łamach lokalnej prasy rzecznik kujawsko-pomorskiego NFZ. Brakuje tylko tego, by w nowych umowach Fundusz zastrzegł, że w przypadku ich przedterminowego rozwiązania, w poradniach nadal będą obecni (w wyznaczonych przez płatnika godzinach!) „dobrzy lekarze”, którzy wskażą pacjentom, gdzie mają się leczyć. Trzeba oczywiście obwarować zapis odpowiednio surowymi karami. Podpowiadał nie będę, bo dla funkcjonariuszy Narodowej Farsy Zdrowia opracowanie katalogu dotkliwych represji to bułka z masłem. ■

Jeśli poradnia ma zakontraktowane 300 punktów w miesiącu, to **absurdem ze strony Funduszu** jest wymagać, by specjalista do wieczora wpatrywał się w ściany pustego gabinetu.

Autor jest diabetologiem, wiceprezesem KPOIL w Toruniu, publicystą „Pulsu Medycyny”.

Czy wszyscy kłamią?

Amerykańska telewizja FOX zakończyła po ośmiu sezonach produkcję serialu „Doktor House”. Według krytyków wcześniejsze filmy o tematyce lekarskiej pokazywały poczciwych medyków, czule pochylonych nad komfortem pacjenta. Wprowadzenie w 2004 roku do wirtualnego pokoju lekarskiego ordynarnego, bezlitosnego kłoszarda z bagażem kompleksów i niespotykaną intuicją śledczego chorób przysporzyło twórcom wielką popularność i ogromne zyski, a jednocześnie ostatecznie zerwało ze schematami. Konglomerat wad i geniuszu House’a, który wszystkich posądza o kłamstwo – zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie, zmieniło wizerunek lekarza także w świadomości widza, a co za tym nieuchronnie idzie – naszego pacjenta.

FOTO: ©Artrama



„Na dobre i na złe”. Na zdjęciu:
Marcin Rogacewicz, Michał
Żebrowski, Marcin Zacharzewski,
Katarzyna Dąbrowska, Marek
Bukowski, Radosław Krzyżowski,
Agnieszka Judycka



„Człowiek z M-3” (1968). Na zdjęciu: Bogumił Kobiela, Bogdan Łysakowski, (drugi plan) Andrzej Szalawski

Kilka lat temu jeden z kolegów zapytał, czy należę do „Klubu doktora Burskiego”? Po bliższym opisie okazało się, że elitarne, chociaż symboliczne grono, składa się z lekarzy, którzy szczerze nienawidzą bohaterów popularnego od 13 lat serialu „Na dobre i na złe” (właśnie wyemitowano 448. odcinek). Filmowe koleżanki i celuloidowi koledzy po fachu, niezależnie od specjalizacji okazali się na początku XXI w. nie-doścignionymi ideałami, którzy w nieznaney nikomu podwarszawskiej mieścinie prowadzą doskonały kliniczny zespół diagnostyczno-terapeutyczny, mają na wszystko czas i środki. Hasło ze sztandarów samorządu lekarskiego: „Najważniejsze jest dobro chorego” nie napotykało w pierwszych odcinkach na żadne obiektywne trudności. Scenarzyści nie opisali znaczenia pojęć: zadłużenie, limit przyjęć, reforma czy protest. W ciągu kilku lat obraz ten na szczęście się zmienił, mnożył komplikacje, dodał persony mniej krystaliczne, doszli bezideowi i bezwzględni wobec siebie stażysty oraz chorobliwie ambitni rezydenci. A mimo to w niejednej szpitalnej izbie przyjęć słychać aż do dzisiaj: „lepiej od razu oddać mnie do Leśnej Góry, tylko tam są naprawdę dobrzy lekarze!”.

Od literatury do scenariusza

W kinematografii polskiej XX i początku XXI w.

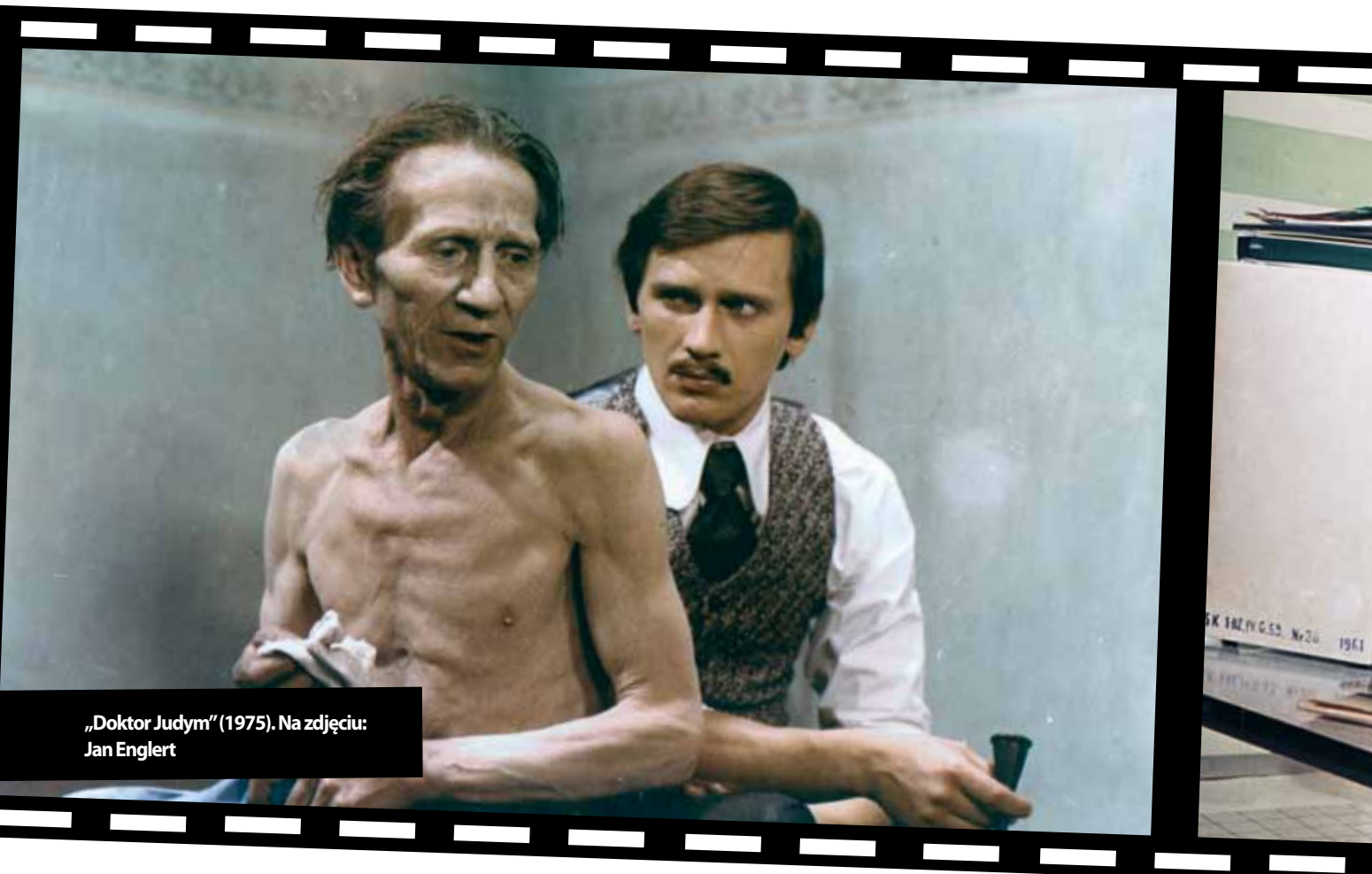
powstało kilkadziesiąt filmów fabularnych i kilkakrotnie odcinków seriali z udziałem bohaterów wywodzących się ze stanu lekarskiego. W poszczególnych okresach historycznych zainteresowanie profesjami medycznymi, umiejscowienie akcji w szpitalach, przychodniach czy wiejskich ośrodkach zdrowia było bardzo różne. Zależało ono nie tylko od gustów widowni, ale także od propagandowych trendów, zim i odwilży politycznych, a w ostatnim czasie również od umiejętności zrywania ze stereotypami, które przez wiele dziesiątków lat zamykały wizerunek „pani doktor” lub częściej „pana doktora” w wymarzonej profesji dla córki lub syna przeciętnego Kowalskiego.

Literacki lekarz przełomu dwóch minionych wieków utożsamiany był zazwyczaj z człowiekiem w sile wieku, u którego właśnie wiek stanowił gwarancję posiadanej fachowości. Ubrany schludnie, zgodnie z trendami mody, z atrybutami wskazującymi na niezaprzeczalne związki z medycyną, czyli torbą w kształcie kuferka oraz trąbką lekarską. Doktorzy należeli do wyższych sfer, o ugruntowanej pozycji społecznej, ale często byli bezradni wobec schorzeń, przeciw którym nie dysponowali antidotum. W okresie międzywojennym niemoc zamieniono na skuteczność terapii, zwłaszcza na polu chirurgii, co

pozwała obserwować rozwój wiedzy medycznej oraz nowe relacje lekarz – pacjent. Pojawia się ponadto zawodowa konkurencja.

Opis medyków w latach II wojny światowej to film faktu, doświadczeń, poświęceń i zachowań etycznych, które przypisywane są w czarno-białych barwach w zależności od tezy, jaką miał udowodnić seans o niedalekiej przeszłości. Lekarz to nadal inteligent, ale przede wszystkim reprezentant określonego narodu. Przynależność ta decydowała często o postawie moralnej bohatera.

W opowiadaniach z okresu powojennego lekarze byli *passé*, a ich postacie raczej marginalizowane, gdyż nie mieściły się w pojęciu klasy robotniczej. Dopiero kolejne dekady przyniosły model „inteligencji pracującej”. Dlatego typowa dla początku gierkowskiego socjalizmu staje się wiejska lekarka, współczesna siłaczka. Wizerunek ten zdaniem ankietowanych w latach siedemdziesiątych czytelników prasy był wyidealizowany, a podejmowane problemy zbyt proste. Może dlatego obraz ten poszerzono w następnych filmach, prezentując większy wachlarz możliwości wykonywania zawodu, także przez naukowca, klinicystę czy praktyka pogotowia ratunkowego. Dodatkowo uznano, że lekarz też człowiek i może mieć osobiste problemy, choćby mieszkaniowe.



„Doktor Judym” (1975). Na zdjęciu:
Jan Englert

Lekarze! Subiektywny poczet kreacji aktorskich

Czy patrząc na bohaterów z ekranu, dopatrujemy się podobieństwa między kreowanymi postaciami a nami? Sądzę, że tak, chociaż nie powinniśmy mieć złudzeń, że liczba postaci lekarza czy lekarza dentystry jest nieograniczona. Każdy z nas ma inny charakter, doświadczenie, manieri. Najpierw i przede wszystkim tworzony jest wizerunek psychologiczno-emocjonalny bohatera w białym fartuchu, a atrybuty lekarskie i medyczne otoczenie dodają tylko wiarygodności scen, które powinny wzruszać. Nawet jeśli dalekie są od prawdy.

Im więcej proponowanych jest lekarskich twarzy na dużym i małym ekranie, tym bardziej gubimy się „kto kim jest?”. Łatwiej mieli twórcy kina przedwojennego, kiedy w latach trzydziestych w starym kinie doktorami byli Ludwik Solski („Tajemnica lekarska”), Kazimierz Junosza Stępowski czy Józef Węgrzyn („Znachor”, „Profesor Wilczur”). Jednak pełnię popularności przyniosły lata telewizyjnego boomu, gdy wszyscy oglądali na jednym lub co najwyżej dwóch programach te same propozycje i nie byli uzbrojeni w pilota do przeskakiwania z kanału na kanał. Dlatego średnie i starsze pokolenie bez trudu rozpozna

w aktorce Teatru Ateneum Ewie Wiśniewskiej („Doktor Ewa”) Ewę Lipską – młodą, ładną lekarkę tuż po ukończeniu studiów medycznych, która mimo atrakcyjnej pracy w Warszawie osiadła w Międzyborzu i tam rozpoczyna praktykę w ośrodku zdrowia. Innym przypomnieniem niech będzie kreacja Tadeusza Borowskiego („Zaraza”) opowiadająca o wybuchu epidemii ospy prawdziwej we Wrocławiu w 1963 r., gdzie po raz pierwszy w tak jaskrawy sposób pokazano różnicę zachowań lekarzy zza biurka i przy łóżku pacjenta, w ferworze walki z chorobą i pod wpływem aparatu partyjno-politycznego.

W moim subiektywnym przeglądzie nie mogę pominąć Tadeusza Janczara („Dom”), warszawskiego lekarza z kamienicy przy ulicy Żłotej, który po traumatycznych doświadczeniach obozu koncentracyjnego nie jest w stanie dalej pracować i nie może wrócić do normalnego życia. W tym samym filmie patrzymy na Tomasza Stockingera („Karol Lang”), młodego ortopeda, który zafascynowany postępami nauki widzi marnowane szanse polskiej medycyny. W tle przesuwa się postać lekarza dentystry odgrywaną przez Stanisława Zaczyska („Leopold Lawina”),

który po utracie ręki, przy niezgodzie na rodzący się ustrój, stoi przed dylematem podjęcia pracy dydaktycznej w akademii medycznej.

Nie sposób przeoczyć roli Jerzego Bińczyckiego („Znachor”) jako doktora Rafała Wilczura, który po rabunkowym napadzie i urazie głowy zapomina, kim jest i staje się wiejskim znachorem na Podlasiu. Na szczęście podczas procesu sądowego rozpoznaje go wieloletni asystent i następcą, grany przez Piotra Fronczewskiego, któremu muszę dorzucić jeszcze rolę doktora nauk wszelakich, w tym także medycyny Pana Ambrożego Kleksa i cynicznego ginekologa w „Cesarskim cięciu”. W „Znachorze” nie miał łatwej roli Andrzej Kopczyński (doktor Pawlicki), który bezradny wobec przypadków leczonych przez uzdrowiciela nie potrafił bronić zawodu w inny sposób, niż tylko atakując konkurenta w imię fałszywie pojętego dobra pacjentów i zagrożenia własnego interesu materialnego.

Któż pamięta, ile niewieściach westchnień towarzyszyło Andrzejowi Łapickiemu (doktor Tamten) – eleganckiemu i dystygowanemu lekarzowi lat międzywojennych w adaptacji książki



„Korczak” (1990). Na zdjęciu:
Wojciech Pszoniak

Michała Choromańskiego „Zazdrość i medycyna”, gdzie pokazano zawiłe relacje panujące w środowisku. Pamiętam także Edwarda Lubaszenkę (Roman Bogner) w „Układzie krążenia”. Nagle lekarz okazał się być zwykłym człowiekiem. Podejrzany o eutanazję na nieuleczalnie chorym i przyjmowanie korzyści materialnych, zostaje zawieszony w prawach wykonywania zawodu.

Na dobre i na złe

W przeciwieństwie do serialu „Doktor Ewa”, fabuła współczesnego nam „Na dobre i na złe” powstała w odmiennej rzeczywistości społeczno-politycznej, opiera się na wydarzeniach bardziej prawdopodobnych i mocno osadzonych w realiach życia codziennego. Przypadki, z jakimi mają na co dzień do czynienia medycy, nie zawsze kończą się cudownym wyzdrowieniem. Film przyniósł wielką popularność odtwórcom głównych ról, takim jak: Artur Żmijewski, który fartuch zamienił na sutannę i inną misję uzdrawiania; Małgorzata Foremniak (anestezjolożka Zosia Burska), Krzysztof Pieczyński (odcinający się podczas spotkań autorskich od jakichkolwiek związków z medycyną), Andrzej Zieliński (pożyczy doktor Pawica, którego wykończyła praca

administratora-dyrektora), Marian Opania (profesor starej daty Tadeusz Zybert), Bartek Opania; Anita Sokołowska (lekarze mają również problemy ze zdrowiem, o czym wszyscy doskonale wiemy, a nikt nam nie wierzy), Jolanta Fraszyńska; Olga Bończyk (rozśpiewana aktorka, a w jednym z odcinków także śpiewająca lekarska, doskonaliła w języku migowym, wychowywana przez głuchoniemych rodziców), Beata Ścibakówna, Piotr Garlicki (chimeryczny dyrektor i chirurg), Radosław Krzyżowski, który doskonale poprowadził koncert finałowy konkursu „Przychodzi wena do lekarza”, Marek Bukowski (nie tylko wspaniały ratownik z innego serialu, ale również specjalista gastroenterologii), Redbad Klijnstra (kolega z zagranicy zawsze wnosi świeże spojrzenie na polskie obyczaje, także medyczne), Krzysztof Wakuliński oraz cała plejada nowych gwiazd, przebojowych lekarzy młodego pokolenia, dobrych fachowców, z bardzo codziennymi problemami, kompleksami i pragnieniami. Wśród nich wyróżniają się kreacje Emilii Komarnickiej (z laską jak u House’a?), Katarzyny Dąbrowskiej (ładnej, zadziornej i piekielnie zdolnej), a w ostatnim czasie Kamilli Baar i Michała Żebrowskiego (pierwowzór postaci znajdziemy w każdym zakątku polskiej ochrony zdrowia).

Pierwszy i drugi plan lekarski

Wyobrażenie o lekarzu w polskiej literaturze wyznaczył Tomasz Judym z „Ludzi bezdomnych” Stefana Żeromskiego. Doskonale rolę tę przedstawił Jan Englert w filmie Włodzimierza Haupe. Niezwykłą postać wojskowego ginekologa stworzył Marek Kondrat w „Pułkowniku Kwiatkowskim” w reżyserii Kazimierza Kutza. Czy można zapomnieć o ciapowatym poszukiwaczu żony i ortopedzie w wykonaniu Bogumiła Kobieli, który chce poprzez małżeństwo dostać klucze do własnego mieszkania („Człowiek z M-3”).

W filmografiach znajdziemy również klisze z udziałem lekarzy pokazywanych poprzez fakty II wojny światowej z dylematami moralnych wyborów między powinnościami lekarza, człowieka i patrioty („Ostatni etap” – Tatiana Górecka, „Szpital przemienienia” – m.in. Henryk Bista i Ewa Dałkowska, „Umarłem, aby żyć”, „Czysta chirurgia”, „Korczak” z wyśmienitym Wojciechem Pszoniakiem).

W wielu filmach role lekarskie są drugoplanowe. Mają jednak swoje znaczenie dla opisu dramaturgii lub epoki rozgrywającej się akcji. Wymienię kilka z nich: „Noce i dnie”, „Lalka”, „Zamach”, „Akcja pod Arsenałem”, „Polskie drogi”, „Daleko od szosy” (Barbara Horawianka gra lekarza stomatologa),



„Zazdrość i medycyna” (1973).
Na zdjęciu: Andrzej Mrowiec, Andrzej
Łapicki, Edmund Fetting

„Co mi zrobisz jak mnie złapiesz?”, „Alternatywy 4” (Jerzy Kryszak), „07 zgłoś się” (odcinek z Grażyną Barszczewską – stomatolożką, która spotyka się z porucznikiem Borewiczem w lokalu, w którym pada zabójczy strzał), „Konsul”, „Glina” (rewelacyjny jak zawsze Mariusz Bonaszewski – dobry lekarz i bardzo zły człowiek). W części seriali role lekarzy kolejnego planu są stałymi elementami, jak w wypadku „Czterdziestolatka”, którego przyjacielem jest doktor Karol Stelmach (w znakomitej interpretacji Leonarda Pietraszaka), „Klanu” (ze świetlanym Pawłem Lubiczem Tomasza Stockingera i dobrotliwego Tadeusza Kozieli) Andrzeja Strzeleckiego) czy „Rancza” (z pociesznym, ale solidnym lekarzem rodzinnym Wojciecha Wysockiego).

Ekran telewizyjny nie zapomniał również o kandydatach na studia i studentach medycyny. Wspomnę jedynie: Joannę Pacułę („Zielona miłość” kręcona była w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, gdzie odbywałem część staży), Wojciecha Malajkę („Cesarskie cięcie”), Edytę Olszówkę i Marię Seweryn („Pół serio”).

Na marginesie toczy się polsatowskie „Daleko od noszy”, które mimo dobrej obsady wywołuje złe wrażenie marnym humorem i manipulacją, która w przekonaniu realizatorów jest groteską.

Jak to się robi?

Tomasz Trojnar, absolwent warszawskiej AWF i Akademii Medycznej w Szczecinie, specjalista rehabilitant, od czasu spotkania z Romanem Polańskim na planie „Piratów”, często zatrudniany jest do obsługi medycznej podczas realizacji zdjęć, zwłaszcza o charakterze kaskaderskim lub pokazujących ofiary wypadków. Zdarza się również, że sam grywa epizody lekarskie, na przykład w odcinkach „Domu”, „Plebani”, „Gliny”, „Egzaminu z życia” oraz „Przeprowadzek”, gdzie był dublerem.

– Scenariusz pod względem medycznym konsultowany jest na poziomie autorskim, bardzo odległym od planu filmowego – opowiada doktor Trojnar. – W zaciszu wybierane są jednostki chorobowe, o których mowa podczas danego odcinka, dokładnie dobiera się objawy, zachowania pacjentów, profesjonalne postępowanie poszczególnych specjalistów, rekwizyty, ujęcia ze sprzętem medycznym i w pracowniach diagnostycznych lub na sali operacyjnej. Nie zawsze opis jest wystarczający, stąd często trzeba wprowadzać korekty lub dodatkowe wyjaśnienia typu: „co autor miał na myśli”. Zależy to oczywiście od wizji reżyserskiej i od kultury realizatorów, którzy w większości przypadków nie chcą się wgłupić i na wszelki wypadek dopytują, czy takie lub inne zdarzenie wygląda wiarygodnie. Tak samo jest przy charakteryzacji, która umiejętnie

powinna pokazać uraz głowy, kończyn, ułożenie poszkodowanego, reakcję na polecenia personelu w zadanej sytuacji. Zdarzały się także prawdziwe wypadki na planie albo w drodze, kiedy nasza pomoc była niezbędna. Czasami niestety nieskuteczna – dodaje.

Gorzki lek – najlepiej leczy

Najbardziej wyraziste wybory moralne lekarzy widzimy w intelektualnych rolach Zbigniewa Zapasiewicza „Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową” Krzysztofa Zanussiego i Aleksandra Bardinię w „Dekalogu Dwa” Krzysztofa Kieślowskiego. Pierwszy, chory na raka, poszukuje odpowiedzi na najważniejsze pytania, które człowiek stawia sobie przed śmiercią. Sam siebie nie potrafi oszukać. Drugi świadomie okłamuje żonę pacjenta, aby nie dopuścić do usunięcia ciąży. Kłamstwo, jak u House’a? Nie, bardziej wyrafinowane, gorzkie, ale zarazem lecznicze.

Film odgrywa ponadto ogromną rolę edukacyjną, którą powinniśmy wykorzystywać w swojej pracy. Wystarczy wspomnieć kampanię na rzecz przeszczepu narządów czy przełamywanie tabu osób upośledzonych w chorobach genetycznych. Czasem warto także spojrzeć na ekran, aby wiedzieć, do kogo chciałby przyjść nasz pacjent! Wszak sztuka lekarska i aktorska mają w sobie pewne podobieństwa, oparte na doskonałym warsztacie i psychologicznych interakcjach. ■

COLOR DOPPLER



NOWOŚĆ!



▲ SPINEL II

▼ EPIDOT SC

ECHO-SON

ECHO-SON S.A.

24-100 Puławy; ul. Krańcowa 5; tel.: 81 886 36 13
info@echoson.com.pl; www.echoson.com.pl

Nasi w Europie



Anna Lella

„Umedycznienie”
stomatologii

W Europie i na świecie coraz częściej podkreśla się związek pomiędzy zdrowiem jamy ustnej a zdrowiem ogólnym człowieka oraz wskazuje, że kształcenie lekarsko-dentystyczne powinno zostać w większym niż dotychczas stopniu umedycznione. Dostrzeżono, jak ważną rolę w opiece zdrowotnej odgrywa lekarz dentysta.

Światowe i europejskie organizacje stomatologiczne od dawna zwracają na te zagadnienia uwagę władz państwowych odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia. W roku 2007 udało się – głównie za sprawą starań międzynarodowego środowiska stomatologicznego poprzez Światową Federację Dentystyczną (FDI) – doprowadzić do przyjęcia przez Zgromadzenie Ogólne WHO rezolucji nakładającej państwa członkowskie WHO, aby zdrowie jamy ustnej było włączone do ogólnej polityki zapobiegania i leczenia chorób. Bieżące działania FDI koncentrują się na wpisaniu schorzeń jamy ustnej w zintegrowaną walkę z chorobami niezakaźnymi.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w przyjętych rezolucjach podkreśla, że problemy przestrzeni szczękowo-twarzowej są ściśle powiązane z ogólnym zdrowiem i dobrostanem człowieka i mają istotne znaczenie dla jakości życia Europejczyków. CED postuluje, aby kształcenie lekarzy dentystów ukierunkować bardziej medycznie. Opracowano szczegółową propozycję zmian w zakresie minimalnych wymogów kształcenia lekarsko-dentystycznego, określonych w unijnej dyrektywie w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych – prace nad nowelizacją tej dyrektywy są obecnie w pełnym toku.

Podczas wiosennej Sesji Plenarnej Europejskiej Regionalnej Organizacji FDI, ERO-FDI, prezes dr Gerhard Seeberger podkreślił, że pomysł rozdzielania stomatologii i medycyny był historycznym błędem. Stwierdzenie to wskazane było później w relacjach z posiedzenia jako motto Sesji Plenarnej. Na zebraniu ERO koledzy z Niemiec podali, iż oczekują już na realizację nowych regulacji prawnych przewidujących bardziej medyczny program studiów.

Jak wiadomo, w Polsce omawiana kwestia nie jest niczym nowym. Program studiów stomatologicznych tradycyjnie uwzględniał w dużym stopniu przedmioty ogólnomedyczne. Co ciekawe, podczas negocjacji przedakcesyjnych eksperci doradzający Komisji Europejskiej jako główną przyczynę rzekomej niezgodności polskich studiów stomatologicznych z wymogami prawa unijnego wskazywali właśnie nadmierne, ich zdaniem, umedycznienie programu. Szkoda, że wtedy – choć przecież było to tak niedawno – nie zauważono słuszności polskich założeń i nie przyjęto naszych argumentów. ■

*Autorka jest wiceprezesem NRL,
sekretarzem generalnym ERO-FDI.*

CED postuluje,
aby **kształcenie
lekarzy dentystów**
ukierunkować
bardziej medycznie.

Aktor i lekarz to zawody pokrewne

Z profesorem Andrzejem Strzeleckim,
rektorem Akademii Teatralnej w Warszawie,
rozmawiają Lucyna Krysiak i Jarosław Wanecki.

Misterium odgrywane codziennie przez lekarza leczy ciało, a gra aktora leczy duszę... Czy zgodzi się pan z tezą, że lekarz i aktor uprawiają pokrewne zawody?

Nie jestem pewien, czy można pokusić się o takie porównanie. Praca aktora jest uroczo beztroska wobec odpowiedzialności lekarza. W moim przekonaniu ludzie uprawiający różne zawody dzielą się na dwie kategorie – na tych, którzy dobrze wybrali i swój zawód wykonują z przyjemnością i pasją, oraz tych, którzy kiedyś źle skręcili i praca jest dla nich katogą.

Ale profesje lekarza, jak i artyści, są – czy też winny być – czymś więcej niż li tylko zawodem. Wymagają backgroundu emocjonalnego, miesza w sobie coś mistycznego i to jest ich prawdziwy i wspólny element. Na przykład są takie dyscypliny sportowe, które są czymś więcej niż tylko sportem. Żeglarsstwo, golf, alpinizm to raczej sposób życia, a nie tylko wynik sportowy. Emocjonalna nadwyżka jest tu konieczna. Podobnie jest w pracy lekarza i aktora.

Jak doświadczenie tutejszych luminarzy aktorstwa przekładają się na proces weryfikacji chętnych do uprawiania tego zawodu?

Wiele osób, które się do nas zgłaszają, nie bardzo wie, na czym polega ten zawód, ale chcą skonfrontować swoje domniemania z rzeczywistością. W uczelni, którą prowadzę, wykładają najwięksi z największych, to górna półka polskiego aktorstwa. Są to wybitni artyści, ale drogi, sposoby, w jaki osiągnęli ten status, były bardzo różne. I ci różni uczą młodych adeptów aktorstwa bardzo różnych rzeczy. Tak naprawdę uczą ich „siebie”, swojego sposobu rozumienia zawodu. Ten eklektyzm edukacyjny jest wartością samą w sobie. Poprzez kontakt z największymi student aktorstwa zostaje bogato wyposażony w umiejętność poruszania się po profesji, uczy się różnych technik, poszerza spektrum swej wyobraźni. Ale dla siebie musi znaleźć własną drogę, będącą niejako wypadkową nabytej wiedzy. Profesjonalne aktorstwo wbrew

pozorom zaczyna się od myślenia. Angażuje przede wszystkim głowę, intelekt. Ten aspekt świadomego działania ciałem, głosem, ruchem i konstruowania formy w określonym celu i w określonej konwencji składa się na efekt końcowy, którym jest komunikat artystyczny.

Są jednak aktorzy, którzy twierdzą, że gdyby mniej myśleli, byłoby lepszymi aktorami...

Zbyt wielki intelekt w niektórych sytuacjach może być przeszkodą w osiąganiu celu, ale myślę, że tylko na etapie prób. Gustaw Holoubek będąc przecież wybitnym aktorem i reżyserem, w ani jednej ze swoich największych realizacji nie zostawił intelektu w szatni. Przeciwnie, nieustannie z niego korzystał. Z kolei Tadeusz Łomnicki, który także był nieprzeciętnie inteligentnym człowiekiem, był w stanie cały ten bagaż wiedzy zostawić, a jednocześnie tworzyć wielkie kreacje, osiągać cele środkami technicznymi i być w tym wiarygodnym. Osobą, która korzystała z obu tych szkół był Zbigniew Zapasiewicz, którego najczęściej obsadzano w rolach intelektualistów, co dla niego było łatwe i tęsknił za artystyczną obecnością kreacyjną, zresztą świetnie się w tym realizował.

W medycynie i sztuce ważni są mistrzowie. Czy w czasach, kiedy zaciera się granica pomiędzy wielkim aktorstwem, udziałem w reklamie, grą w serialach czy użyczeniem twarzy dla różnych akcji, wciąż spełniają oni rolę przewodników po zawodzie?

Zawsze ktoś się komuś podoba bardziej, ktoś mniej. Zawsze ktoś ma w sobie jakąś magiczną siłę lub nie, wreszcie zawsze znajdzie się ktoś, kto wyrasta ponad przeciętność, ma charyzmę, którą przyciąga do siebie ludzi lub nie. W moim przekonaniu należy wystrzegać się tych, którzy wiedzą. Ktoś, kto wie na pewno, że tak być powinno, jest osobą, która może nie słuchać innych i ta wiedza czyni go ułomnym. Bardziej fascynujące w sztuce jest poszukiwanie, którego wyniki są często nieprzewidywalne. Kiedy się wie, już się nie szuka, tylko oczekuje potwierdzenia. W aktorstwie, i podejrzewam w medycynie również, większość uprawiających ten zawód to dobrzy rzemieślnicy, a tylko część z nich to mistrzowie. Są naprawdę lepsi od innych. Nie wiem, jak to jest w medycynie, ale w środowisku artystycznym wszyscy doskonale wiedzą who is who, czyli co kto potrafi i na co kogo stać. Każdy sztucznie wylansowany twór, w prawdziwym obiegu

Wiele osób, które się do nas zgłaszają, nie bardzo wie, **na czym polega ten zawód**, ale chcą skonfrontować swoje domniemania z rzeczywistością.

zawodowym nie ma racji bytu. Ma natomiast wzięcie w świecie medialnym, który jest w stanie ludziom nieorientowanym zburzyć ich hierarchie wartości i poważnie narozrabiać. Na szczęście wyznacznikiem jakości aktora zawsze pozostanie jego dorobek, a nie częstotliwość obecności w mediach, kolorowych pismach i na bankietach.

Seriale medyczne mają wyjątkowe powodzenie wśród widzów. Cemu to przypisać?

Wszystko, co jest związane z medycyną, jest nam bliskie, ponieważ każdy jest potencjalnym pacjentem. Krótko mówiąc, prędzej czy później każdemu z nas przyjdzie spotkać się z lekarzem. To, co rozgrywa się w serialu medycznym, dotyczy także odbiorców. Jeśli nie teraz, to za moment. Medycyna w serialach jest pełna emocji, bohaterowie dokonują trudnych wyborów etycznych, toczy się tam walka o zdrowie i życie, a to jest takie ludzkie i bliskie rzeczywistości, a uniwersalizm tematyki przenika się z konkretem, co wzbudza jeszcze większe zainteresowanie widza.

Kreuje się tam jednak wyidealizowany wizerunek lekarza – zawsze eleganckiego, empatycznego, uprzejmego, o nienagannyh manierach...

W sztuce mamy do czynienia z umownością. Poruszamy się w pewnej dekoracji, w tym wypadku szpitala, kliniki, szkoły, środowiska. Scenarzyści nie piszą serialu o medycynie, tylko o ludziach. Bo tak naprawdę widza nie interesuje sprawa, tylko człowiek, a to, czy ubrano go w biały fartuch, ma mniejsze znaczenie. To komunikacja emocjonalna, intelektualna pomiędzy aktorem i widzem decyduje o tym, czy serial oddziałuje na jego wyobraźnię, dociera do jego wnętrza. Sztuka niekiedy

Zawsze ktoś się komuś podoba bardziej, ktoś mniej. **Zawsze ktoś ma w sobie jakąś magiczną siłę lub nie**, wreszcie zawsze znajdzie się ktoś, kto wyrasta ponad przeciętność, ma charyzmę, którą przyciąga do siebie ludzi lub nie.

jest od tego, aby pomóc lepiej, mądrzej żyć. Perypetie bohaterów, pełnią funkcje – nazwijmy to – para terapeutyczne. Istotną rolę naprawdę terapeutyczną sztuka spełniała w epoce słusznie minionej. Teatr i kościół to były miejsca, gdzie pojawiały się prawdy, które nie mogły pojawiać się w innych miejscach. Teraz się to zmieniło. Prawda może się pojawiać w dawkach maksymalnych gdziekolwiek. Teatr utracił nieco swój był status, a ranga zawodu aktora jako nośnika tej prawdy zmalała. Trochę żal tego, co się działo w kulturze polskiej w latach 60–70., a także rangi tej kultury na świecie i w Europie. To wtedy Erwin Axer – kolega Durrenmatta, Maxa Frischa, Brechta, Tovstonogova, Mrożka, prowadząc teatr na Mokotowskiej i wystawiając ich sztuki dawał ludziom poczucie, że nie są prowincjuszami. Kultura była wówczas jednym z naszych towarów eksportowych, wielu ludzi mimo ograniczeń ustrojowych, mogło pooddychać innym powietrzem, a kultura pełniła funkcje terapeutyczne. Można powiedzieć, że dzięki kulturze przez minioną epokę przeszliśmy trochę zdrowsi... Na szczęście kultura nadal jest

naszym mocnym „towarem” eksportowym. Miejsce Grotowskiego i Kantora zajęli Lupa i Warlikowski. Ale my tu u nas wiemy, że ludzi tej rangi i klasy artystycznej jest naprawdę wielu. I to jest dobra wiadomość na przyszłość.

Bliska jest panu piosenka aktorska. „Serce” to jedno z wielu przygotowywanych przez pana spektakli muzycznych. Czy bez takich słów jak życie, śmierć, zdrowie, choroba, szaleństwo, lekarstwo, serce, teatr mógłby trwać?

Bez tych wyrazów może tak, ale bez tych pojęć byłoby to trudne. Teatr pantomimy czy teatr tańca nie potrzebuje słów, ale pojęcia te dla człowieka są najistotniejsze i bez nich nie sposób funkcjonować w ogóle, a szczególnie w sztuce.

Aktor to twarz. Czy rozpoznawalność pomaga, czy przeszkadza chorować?

Kiedyś leżałem w szpitalu w Świnoujściu i pacjenci oraz personel z innych oddziałów przychodzili mnie „zwiedzać”. Jak ktoś uprawia zawód publiczny, to obrażanie się na

Wszystko, co jest związane z medycyną, **jest nam bliskie,** ponieważ każdy jest potencjalnym pacjentem.

to byłoby irracjonalne. Mnie to jakoś szczególnie nie przeszkadza, chociaż urlop z rodziną wolę spędzać za granicą, gdzie mam pewność, że zza płotu nie będą nas napaść paparazzi. Na szczęście głównie jestem reżyserem, scenarzystą i pedagogiem, a aktorem tylko bywam. Nie grałem też ról osób tak złych, które niosłyby ze sobą odium społecznego niezadowolenia. Widzom często myli się fikcja z rzeczywistością i na aktorze odbija się niekiedy piętno takiej roli. Mnie raczej rozpoznawalność pomaga, płacę nieco mniej mandatów. ■

reklama

NOWOŚĆ

Ultrasonograf wielospecjalistyczny klasy Premium

Mindray DC 8

- Najnowsza generacja głowic ultrasonograficznych 3T
- Phase Inversion Harmonics
- Color Doppler wysokiej czułości
- Elastografia
- Obrazowanie 3D/4D wysokiej jakości
- Doppler tkankowy IV generacji
- Automatyczna optymalizacja obrazu
- Automatyczne pomiary położnicze
- IMT
- Badania kontrastowe

**TYLKO DO
KOŃCA LIPCA
MODUŁ ELASTOGRAFII
GRATIS**



mindray

EUROMED 
medical solution

Euromed Medical Solution Sp. z o.o. Sp. K. | 60-149 Poznań, ul. Gwiaździsta 39 B
tel. 61 843 90 59, 843 64 34, fax 61 221 51 58 | www.euromed.net.pl



Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu

Lekarze z charakterem

Toruń został zbudowany przez zakon krzyżacki i surowość zakonnych obyczajów czuje się tu po dziś dzień – zarówno w architekturze, jak i w mentalności mieszkańców, których złośliwi nazywają czasem „Krzyżakami”.

Etnicznie większość ludności zamieszkującej te tereny zalicza się do potomków łżyckich plemion, a więc są Kujawiakami i Pomorzanami. Otwarci i ufni, ale – jeśli przyjdzie im bronić swoich racji – konkretni, twardzi i wytrwali. Także o lekarzach Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu mówi się, że są to ludzie z charakterem.

Kongres wisiał na włosku

Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu zalicza się do tych mniejszych (liczy niewiele ponad 3 tys. członków), ale to stąd wywodzą się lekarze sportowcy osiągnięcia sukcesy na arenie międzynarodowej np. w tenisie i piłce nożnej. Przykładem jest Julian Pełka, który zdobył 8 złotych medali w lekkiej atletyce na Mistrzostwach Świata Medyków. To tu, na Nadzwyczajnym VII Zjeździe Lekarzy dokonano pamiętnej nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. To tutaj także odbył się przed dwoma laty Kongres Polonii Medycznej, na który zjechało ponad 700 polskich lekarzy z całego świata. Pokątnie szeptano, że tak mała izba nie udźwignie cię-

żaru organizacyjnego tak dużej imprezy, ale okazało się, że wywiązała się z tego zadania z nawiązką, a kongres przeszedł do historii. – To był sukces logistyczny i merytoryczny, nie tylko samorządu lekarskiego, ale uniwersytetu, władz miasta, które również finansowo wspierały tę inicjatywę i wielu ludzi dobrej woli – wspomina Łukasz Wojnowski, prezes KP OIL w Toruniu. Zorganizowanie kongresu wisiało na włosku. Termin imprezy był już spóźniony o rok w stosunku do zaplanowanego. Część funduszy na ten cel przyznanych przez Naczelną Radę Lekarską, jako kwotę do rozliczenia, pochłonęły inne wydatki izbowe, brakowało więc pieniędzy i sponsorów. Dr Łukasz Wojnowski dopiero co został wybrany prezesem KP OIL i nie zdążył jeszcze okrzepnąć na tym stanowisku, kiedy dowiedział się, że zostało mu pół roku do zorganizowania kongresu. – To była dla nas sprawa honoru – mówi i dodaje, że na szczęście szefostwo Kongresu Polonii Medycznej objął wówczas prof. Marek Rudnicki z Chicago, który podjął się przygotować program i zaprosić wykładowców. To była pełna mobilizacja, każdy z członków izby za coś odpowiadał, włączyli się nawet młodzi lekarze, którzy na czas kongresu pełnili rolę przewodników, opiekunów grup, a nawet szatniarzy. Prof. Rudnicki przedstawił program naukowy na najwyższym poziomie. Powiało wielkim światem, do Torunia zjechali z wykładami naukowcy z najwyższej półki. – Profesor przygotował nam bestsellerową książkę, a my jako intrologatorzy musieliśmy zadbać o jej oprawę – żartuje prezes Wojnowski. O kongresie i izbie mówiły wówczas wszystkie media. Okazało się, że Toruń to nie tylko sławetny piernik i Kopernik, ale miejsce, gdzie mogą się spotkać i dyskutować autory-

tety medyczne w swoich specjalnościach. To była promocja tutejszej izby, uniwersytetu, toruńskich władz i społeczności oraz okolic, ponieważ polonusi w ramach pobytu zwiedzili kawałek regionu. Trafili do Grudziądza i Włocławka, a nawet do Kowala, jednego z najmniejszych miasteczek w Polsce.

Rywal i sojusznik

Województwo kujawsko-pomorskie utworzono z dawnych województw: bydgoskiego, toruńskiego i włocławskiego. Kiedy reaktywowano samorząd lekarski, Bydgoszcz poszedł swoją drogą, a Toruń i Włocławek połączyły się, chwilę później dołączył do nich Grudziądz i powołały własną izbę. Główna siedziba izby znajduje się w Toruniu, a we Włocławku i Grudziądzu są jej delegatury. Delegaturą we Włocławku kieruje Andrzej Kunkel, a w Grudziądzu – Wiesław Umiński.

Specyfiką Kujawsko-Pomorskiej OIL jest, że będąc tak małą izbą, ma aż sześciu wiceprezów. Prezes Wojnowski mówi, że to praktyczne. Ułatwia kontakty z mediami i urzędami, to także przejaw pełnej demokracji i zaufania do siebie oraz wzmocnienia stanowiska izby wobec różnych spraw. Jednym słowem: w jednym województwie funkcjonują dwie izby – bydgoska i toruńska. Bydgoszcz i Toruń to dwa główne miasta tego regionu i odwieczni rywale. Zawsze rywalizują ze sobą o palmę pierwszeństwa, ale w działalności samorządowej współpracują. Prezes podkreśla, że mają jeden wspólny Oddział NFZ, urzędy, problemy związane z funkcjonowaniem ochrony zdrowia. W minionym roku zorganizowali wspólne pierwsze w historii posiedzenie prezydium obu izb. Wspólnie wydali też oświadczenie

W jednym województwie funkcjonują dwie izby – bydgoska i toruńska. Bydgoszcz i Toruń to **dwa główne miasta tego regionu i odwieczni rywale.**



Poprzednia siedziba Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu



Nowa siedziba Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu

w sprawie recept. Ale miasta i ich mieszkańcy chcą istnieć jako odrębne byty, a o tym, jak silne są emocje z tym związane, świadczy fakt, że w chwili nowego podziału administracyjnego kraju urzędy i jednostki szczebla wojewódzkiego zostały rozdzielone pomiędzy Toruń i Bydgoszcz.

Siedziba wojewody oraz większości urzędów administracji państwowej została ustanowiona w Bydgoszczy, a siedziba sejmiku wojewódzkiego oraz organów administracji samorządowej w Toruniu. Maciej Czerwiński, pierwszy prezes KP OIL w Toruniu po reaktywacji samorządu lekarskiego od początku dbał, aby izba zyskała na znaczeniu. Jego staraniem ustanowiono tutaj pierwsze odznaczenie samorządu lekarskiego – „Pro Gloria Medici”, które 7 czerwca 1999 r. lekarze wręczyli papieżowi Janowi Pawłowi II podczas jego pielgrzymki do Polski. – Odznaczenie to było dowodem uznania dla nauk Karola

Wojtyły, jego wyjątkowego traktowania chorych i zawartych w tym nauk – mówi Łukasz Wojnowski, prezes KP OIL w Toruniu. Polski papież otrzymał też pierwszy egzemplarz Kodeksu Etyki Lekarskiej. Był to egzemplarz, którego nowelizacji dokonano podczas obradującego w Toruniu Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy w 2003 r. Główna bolączka izby to finanse. Mała izba, mało pieniędzy, a samorząd chciałby mieć większy wpływ na życie tutejszej społeczności, mieć głos nie tylko opiniotwórczy.

Współpraca międzynarodowa

Kazimierz Bryndał przez jedną z minionych kadencji pełnił funkcję prezesa KP OIL w Toruniu, obecnie przewodniczy komisji ds. współpracy z zagranicą. To barwna, rozpoznawalna i ogólnie lubiana postać – zarówno jako lekarz, jak i działacz samorządowy. Ma wybitne osiągnięcia w promowaniu oświaty zdrowotnej,

reklama

TRIMED
ULTRASONOGRAFY
ECHOKARDIOGRAFY



ULTRASONIX
ultrasound your way



SonixTablet



Aparat nagrodzony
Złotym Medalem
Międzynarodowego
Salonu Medycznego
Salmed 2012

SonixTouch



Aparat nagrodzony
Złotym Eskulapem
Międzynarodowego
Salonu Medycznego
Salmed 2010

High Frequency Imaging 40 MHz,
Elastografia

www.trimed.pl

TRIMED Sp. z o.o.
Kraków: ul. Biała 13, tel. +4812 622 72 00, fax +4812 626 01 74
biuro@trimed.pl
Warszawa: ul. Bruna 4A/10, tel./fax +4822 625 04 51
warszawa@trimed.pl

kultury kaszubskiej, ale też trwającej od lat przyjaźni i wymiany doświadczeń pomiędzy toruńską izbą lekarską i lekarską izbą w Getyndze. Getynga jest miastem partnerskim Torunia: są podobne jeśli chodzi o liczbę mieszkańców, uniwersytety i sławnych ludzi. Toruń to Kopernik, a Getynga to Uniwersytet, który wykształcił 30 laureatów Nagrody Nobla. Najbliższy wyjazd do tego miasta z wizytą w ramach kontaktów między izbami będzie poświęcony szkoleniu podyplomowemu młodych lekarzy polskich i niemieckich. W minionym roku obchodzono 20-lecie tej współpracy i lekarze z Getyngi przesłali do KP OIL list, w którym zawarli merytoryczne treści tej współpracy. – To są ciepłe, niemal rodzinne kontakty, ale też bardzo rozwijające – zastrzega Kazimierz Bryndal. Z okazji jubileuszu izba gościła delegację dziesięciu lekarzy izby lekarskiej z zaprzyjaźnionej z Toruniem Getyngi. Izba lekarska w Getyndze jest delegaturą Dolnosaksońskiej Izby w Hanowerze. Goście zwiedzili szpital i inne placówki medyczne oraz dyskutowali na tematy związane z organizacją ochrony zdrowia w Europie przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej. Po wyjeździe gości KP OIL w Toruniu otrzymała pismo z podziękowaniami, co zbiegło się z podpisaniem niemiecko-polskiego układu o dobrym sąsiedztwie i przyjaznej współpracy.

Więcej przestrzeni

Jak większość izb, toruńska potrzebuje przestrzeni. W najbliższym czasie zamierza wyprowadzić się z zajmowanej obecnie 400-metrowej willi przy ul. Chopina 20 do restaurowanego obiektu, nazywanego potocznie Pałacem Geografów, o dwukrotnie większej powierzchni, z działką 4 tys. m². Nieruchomość KP OIL odkupiła od Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Stara siedziba, choć niepozabawiona uroku i ciekawej historii, stała się za ciasna dla wciąż rozwijającej swoją działalność samorządowej społeczności. Najbardziej doskwierał brak sali wykładowej, w której można by prowadzić spotkania, szkolenia naukowe, organizować okręgowe zjazdy lekarzy i lekarzy dentyistów oraz brak parkingu.

Obecnie największa sala z trudem mieści około 25 osób. Cały parter zajmuje Oddział Głównej Biblioteki Lekarskiej. Biblioteka liczy kilkanaście tysięcy woluminów i specjalistycznych czasopism medycznych, z których chętnie korzystają lekarze, a ostatnio także pielęgniarki i fizjoterapeuci. – Wydawałoby się, że w dobie Internetu książki to przeżytek, a tu drzwi się nie zamykają, a naszych pomieszczeń używamy biblioteki nieodpłatnie – tłumaczy Łukasz Wojnowski.

Nawet sąsiadujący z izbą ogród botaniczny, nie jest w stanie zrekompensować niedogodności lokalowych. Plany związane z nową siedzibą i okalającym ją terenem są ambitne – będzie tam sala na 120 osób, duży parking i rozległy teren, gdzie będzie można organizować imprezy w plenerze. Do starej siedziby pozostał jednak sentyment. Kiedy 20 lat temu lekarze przejęli obiekt po Związku Młodzieży Socjalistycznej, w czasie remontu okazało się, że pod boazerią w całym budynku jest zainstalowany podsłuch. Lekarze i lekarze dentyści do dziś opowiadają o tym anegdoty, żartując, że jak Jarząbek w kultowym filmie „Miś” Stanisława Barei mogli wychwalać zalety swojego prezesa. Wszyscy się przy tym śmieją, bo lekarze z KP OIL mają poczucie humoru. Lubią zabawne sytuacje. Kazimierza Bryndala ludzie często pytają, czy zna satyrę i dziennikarza Rafała Bryndala i czy słyszał kiedyś o takim zespole „Atrakcyjny Kazimierz”, w którym śpiewa Jacek Bryndal. – Tak, to są moi synowie, a mam w rodzinie jeszcze dwóch takich – odpowiada, śmiejąc się. Koledzy lekarze też się uśmiechają, bo przecież wszyscy wiedzą, że nazwa zespołu to żart syna, który posłużył się imieniem swojego ojca i nie mogą się nadziwić, jak z małżeństwa dwojga statecznych lekarzy dentyistów, mogło narodzić się czworo takich artystów. ■

Warto wiedzieć

Metryka Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu:

Terytorium: byłe województwo toruńskie i byłe województwo włocławskie

Adres siedziby: Chopina 20, 87-100 Toruń

Kontakt: tel. (56)655 41 60, 61, 62

e-mail: torun@hipokrates.org

Strona internetowa: www.kpoil.torun.pl

Liczba członków: 3024, w tym lekarze dentyści 633

Liczba delegatów na zjazd: 107

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 21

Prezes: Łukasz Wojnowski

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Piotr Piekarski

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego: Stanisław Izdebski

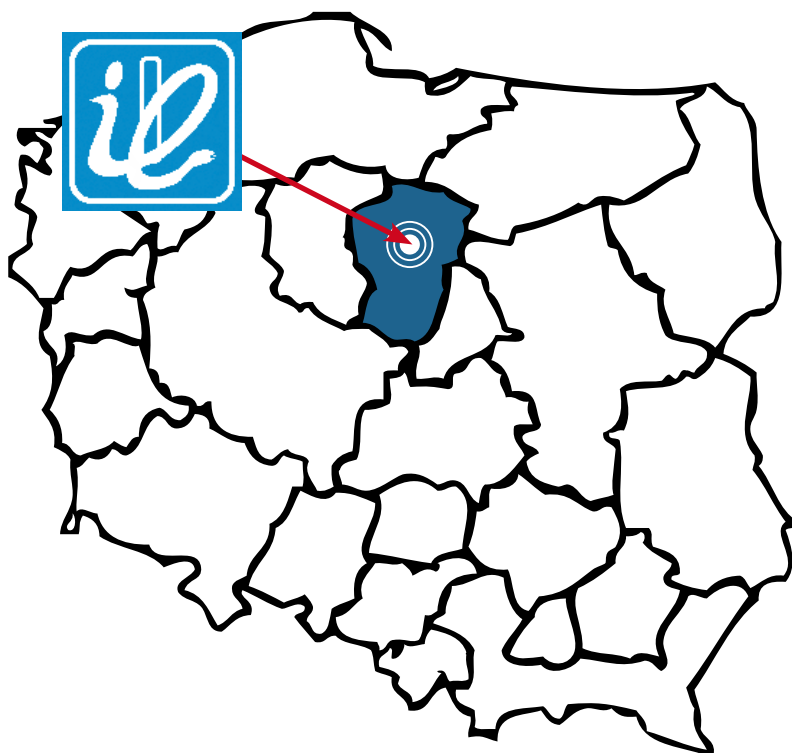
Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej: Jerzy Hermanowski

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy: Jolanta Sobczyk

Rzecznik Praw Lekarza: Krzysztof Izdebski

Liczba pracowników etatowych: 9

Liczba samorządowców na etacie: brak





Jolanta Małmyga

Zwolnij, idą wakacje...

*Nie możesz zatrzymać się w ciągu dnia
przynajmniej na piętnaście minut,
rozejrzeć się wokół, spojrzeć na siebie,
po prostu nic nie robić?*

Paulo Coelho

Mamy lato, czas wakacji i urlopów. Każdemu z nas należy się chwila oddechu od problemów codziennego życia, chorób, recept, leków. Czy my, lekarze, potrafimy cieszyć się życiem? Znaleźć czas na relaks i odpoczynek? Zatrzymajmy się na chwilę i zastanówmy. Przecież bez nas nie zawali się świat, a wszyscy chorzy i tak otrzymają niezbędną pomoc.

Zmęczeni ciągłą gonitwą tracimy zrozumienie dla tych, którym z racji naszego zawodu winniśmy je okazywać. Smutni, zdenerwowani przekazujemy innym te uczucia i niekiedy sami prowokujemy agresję. Trzeba znaleźć czas na wypoczynek, na chwilę zadumy i zachwyty nad pięknem świata. Uśmiechnijmy się do wszystkiego, co nas otacza... zielonych drzew, kwitnących kwiatów. W promieniach słońca naładujmy baterie na cały rok. Posłuchajmy szumu morza. Zachwyćmy się pięknem zachodu słońca w pogodny wieczór z dala od zgiełku i hałasu cywilizacji. Taka odrobina zadumy i romantyzmu pomaga pogodniej patrzeć na świat. Gdy wypoczniemy, będzie nam łatwiej wrócić do pracy. Z większą empatią i cierpliwością wysłuchamy skarg naszych pacjentów, znajdziemy czas na rozmowę. Wielokrotnie dobre słowo pomaga bardziej niż najlepszy lek – zapisany szybko, dla świętego spokoju, na prośbę pacjenta. W życiu nic się nie powtarza, wyjątkowa i cenna jest każda minuta, więc korzystajmy z chwil i nauczmy się cieszyć tym, co mamy.

Nie pokazujemy całemu światu zatroskanej twarzy, przecież każdy ma jakieś zgrzyoty i problemy – zawsze jednak można je rozwiązać. W życiu zdarzają się zarówno sukcesy, jak i rozzarowania, ale taki jest

jego koloryt. Nie rozpamiętujemy przeszłości i nie oglądamy się wstecz, to przyszłość należy do nas. Nie odkładajmy niczego na później, nie cofniemy czasu, a potem może go zabraknąć. Potrzeba tylko trochę dystansu i ustalenia właściwej skali ważności, by cieszyć się życiem. Nieczęsto widzę śmiejących się lekarzy, a przecież lubimy i potrafimy się śmiać. Przecież każdy z nas chętniej przebywa w towarzystwie osób pogodnych i wesołych niż smętnych ponuraków.

Śmiech, podobnie jak taniec, muzyka i śpiew, rozładowuje wiele napięć i jest najlepszym lekarstwem na smutek, żal i zmęczenie. Nie bójmy się okazywać swojej radości. Przecież każdy człowiek ma prawo do chwil zapomnienia, wszyscy ich potrzebujemy. Dajmy sobie chociażby odrobinę luzu i czasu na przemyślenia – wypoczynek jest nam potrzebny. Na tegoroczny letni urlop zalecam radość i dobrą zabawę. Nie wstydzmy się okazywać czułości, nie tylko najbliższym. Cieszymy się słońcem i deszczem, upałem i chłodem, towarzystwem innych ludzi. Zanurzmy się w letnią, ciepłą aurę. Korzystajmy z czasu wolnego pełnymi garściami. Będziemy później mogli w każdej chwili i w dowolnym momencie przypomnieć sobie tę radość i spokój, i przeżyć je raz jeszcze. Niech mottem urlopowym będzie ten piękny wiersz naszej noblistki Wisławy Szymborskiej.

*Żaden dzień się nie powtórzy
nie ma dwóch podobnych nocy,
dwóch tych samych pocałunków,
dwóch jednakich spojrzeń w oczy ■*

*Autorka jest wiceprezesem ORL
w Gorzowie Wlkp.*

*W życiu nic się
nie powtarza,
wyjątkowa
i cenna jest
każda minuta, więc
korzystajmy
z chwil i nauczmy się
cieszyć tym,
co mamy.*

Efekt kształcenia filarem nowych programów nauczania

Z prof. Teresą Bachanek, kierownikiem Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją UM w Lublinie, rozmawia Lucyna Krysiak.

Kierownicy zakładów i katedr wszystkich specjalności stomatologicznych spotkali się w Nałęczowie przy okrągłym stole na dorocznej konferencji poświęconej przyszłości polskiej stomatologii. O czym rozmawiali?

Konferencja odbywała się po raz XIV, można więc powiedzieć, że Nałęczów wpisał się na stałe w tradycję debat o kształceniu przeddyplomowym i w mniejszym stopniu podyplomowym w stomatologii. Od początku na spotkaniach tych debatujemy nad zmianami w programach nauczania i dostosowywaniu ich najpierw do obszaru „bolońskiego”, a obecnie do wymagań Europejskich Ram Kwalifikacji. To bardzo istotne, ponieważ zmienił się sposób zapisania programów nauczania w uczelni. Krajowa Rama Kwalifikacji to opis wzajemnych relacji między kwalifikacjami, integrujący różne ich krajowe podsystemy. Opis ten służy przede wszystkim większej przejrzystości, dostępności i jakości zdobywanych kwalifikacji. KRK stworzone zostały między innymi dla potrzeb rynku pracy. Podstawą do ich tworzenia były założenia Parlamentu Europejskiego i Rady z 2008 r., które miały na celu porównanie poziomów wykształcenia we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Nie wdając się w szczegóły, nadmienię tylko, że w krajach zachodnich jest 8 poziomów kwalifikacji. Kształcenie rozpoczyna się tam od najniższego poziomu, który jest obowiązkowy, do najwyższego wykształcenia akademickiego. W Polsce jest ich 6 i należy je tak ustawić, aby były porównywalne z krajami zachodnimi.



Jakie postanowienia zapadły w Nałęczowie?

Uważamy, że konieczne jest zabezpieczenie środków finansowych niezbędnych do realizacji dydaktyki klinicznej i przedklinicznej. Ponieważ kształcimy również studentów anglojęzycznych, zgłosiliśmy wniosek, aby dokumenty regulujące przebieg kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym były również przygotowywane w języku angielskim. Chcemy też, aby praktyki zawodowe tzw. wakacyjne odbywały się w uniwersyteckich ośrodkach klinicznych, a nie jak dotychczas

w różnych miejscach; pod warunkiem, że resort zabezpieczy pieniądze na ten cel. Przeglądając dokumentację tych praktyk, zaniepokoiło nas, że ograniczają się do czynności pomocniczych i to trzeba zmienić, ponieważ nasz student powinien wykonywać czynności lekarskie. Wnioskujemy też o przywrócenie dwustopniowej weryfikacji kandydatów do otwarcia specjalizacji: zdany Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy i rozmowa kwalifikacyjna. Niepokoi nas skrócenie czasu szkolenia specjalizacyjnego w zakresie chirurgii stomatologicznej z 5 do 3 lat, bo to za

krótki okres, aby zostać dobrym specjalistą w tej dziedzinie. Uważamy również, że nie ma uzasadnienia merytorycznego dla propozycji wprowadzenia umiejętności z ortodoncji, ponieważ warunkiem utrzymania wysokiej jakości nauczania tej specjalności jest stabilizacja kadry naukowo-dydaktycznej, co wiąże się z koniecznością radykalnych zmian w siatce płac. Mogę powiedzieć, że dzięki tym konferencjom lepiej się poznaliśmy, mogliśmy skonfrontować problemy swoich uczelni, wymienić doświadczenia i podzielić się pomysłami, jak je rozwiązać. Najbardziej cieszy mnie jednak, że w tych rozważaniach na temat przyszłych programów nauczania byliśmy zgodni, że należy nie zatracić ogólnomedycznego charakteru tych studiów i podstawy ogólnomedyczne zostały zachowane. Udało się także zachować jednolity charakter studiów typu magisterskiego. Chcę zaznaczyć, że kształcimy stomatologów na poziomie, którego nie musimy się wstydzić. W zmianach programów chodzi o ich dostosowanie do norm panujących w krajach UE i ich ujednolicenie.

Wspomniała pani profesor, że program nauczania jest obecnie zapisywany inaczej. Na czym polega ten zapis?

Podstawą tego zapisu są efekty kształcenia, jakie uzyskuje absolwent danego kierunku studiów, w naszym przypadku Wydziału Stomatologii. Programy, które nas będą obowiązywały od 2012 r., opierają się na trzech częściach. Bierze się pod uwagę zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji. Efektem jest to, co uczący się wie, rozumie i potrafi wykonać po ukończeniu studiów. Jest zapisany także obowiązek zdobywania wiedzy przez całe życie zawodowe, ale w medycynie to nic nowego. Aby móc porównywać efekty kształcenia, ustalono punkty ECTS, które stanowią wartość liczbową przyporządkowaną poszczególnym przedmiotom, odpowiadającą nakładowi pracy, jaką winien wykonać student, aby osiągnąć pewien zakres wiedzy i otrzymać zaliczenie z danego przedmiotu. Przyjęto nakład pracy studenta średnio zdolnego. Przyjmuje się, że jeden punkt ECTS to 25-30 godzin pracy studenta. Aby spełnić wymagania, które stawia stomatologii Krajowa Rama Kwalifikacji, należy śledzić los absolwenta. Bada się, czy absolwenci uczelni znajdują pracę, jakiego rodzaju pracę oraz jakie zajmują stanowiska, co pozwala jednocześnie ocenić, jakie są potrzeby rynku. Na rzecz doskonalenia jakości kształcenia jest powołana Polska Komisja Akredytacyjna, która jest instytucją niezależną. Dokonuje ona oceny programowej i instytucjonalnej.

Na czym polega ocena instytucjonalna?

Ocenia się powiązanie strategii rozwoju danej jednostki z rozwojem uczelni uwzględniając odniesienie do aktualnej sytuacji w kraju. Zawiera też ocenę wewnętrznego systemu jakości kształcenia, a na to już składają się działania wewnętrzne uczelni, ponieważ uczelnie są niezależne. Obejmuje również ocenę jakości kształcenia na studiach podyplomowych, ocenę procesu kształcenia na studiach doktoranckich i współpracy z otoczeniem. Natomiast zewnętrzne systemy zapewnienia jakości kształcenia dotyczą oceny uczelni i pieczę nad nimi sprawuje rektor, zarówno w kwestii wdrażania tego systemu jak i jego stosowania. Odnosi się to do wszystkich etapów i aspektów procesu dydaktycznego funkcjonujących w uczelni. Ten wewnętrzny system kształcenia obejmuje trzy części: ocenę, zapewnienie i doskonalenie. Ocena dotyczy obecnego stanu kształcenia, zapewnienie dotyczy spełnienia wymagań w kwestii jakości kształcenia, a doskonalenie to zwiększenie zdolności uczelni do spełniania tych wymagań. Ważny jest w tym udział studentów i spełnianie ich postulatów. Przygotowania do nauczania stomatologii w uczelniach w nowych systemach trwają od lat i spotkania w Nałęczowie mają w tym swój znaczący udział. Kiedy wydawało nam się, że jesteśmy gotowi, wprowadzono Krajowe Ramy Kwalifikacji i musimy się do nich dostosować.

To znaczy, że wymagania, jakie się stawia przed uczelniami, dotyczące kształcenia przyszłych stomatologów, są coraz większe?

Dotychczas pracowaliśmy nad liczbą godzin teoretycznych, jak i ogólnolekarskich, a więc nad podstawami wykształcenia medycznego i liczbą godzin praktycznych. Według wymagań około 60 proc. godzin realizowanych podczas całego procesu nauczania to zajęcia praktyczne, do których dostosowaliśmy swoje programy z ich odpowiednim podziałem. Obecnie z rozkładu kształcenia giną przedmioty, a pojawiają określenia, co absolwent powinien umieć, np. badać pacjenta w zakresie podstawowym, zlecić badania dodatkowe, postawić diagnozę, ustalić proces leczenia, metody leczenia, zinterpretować wyniki. Ta zmiana pozwoli dostosować nasze programy do programów uczelni w UE, dzięki czemu wykształcenie naszych absolwentów będzie równoważne z wykształceniem tamtejszych absolwentów. Ułatwia to mobilność zarówno studentów, jak i stomatologów, którzy po ukończeniu uczelni chcą podjąć pracę w innym kraju. Musimy więc tak opracowywać i zapisywać programy nauczania, aby wyłonił się z nich wspomniany już przede mnie efekt kształcenia.

szczych absolwentów. Ułatwia to mobilność zarówno studentów, jak i stomatologów, którzy po ukończeniu uczelni chcą podjąć pracę w innym kraju. Musimy więc tak opracowywać i zapisywać programy nauczania, aby wyłonił się z nich wspomniany już przede mnie efekt kształcenia.

Czego – w pani ocenie – najbardziej potrzeba przyszłym lekarzom dentystom?

Studenci wciąż sygnalizują, że jest za mało zajęć praktycznych, ale nie takich na fantomach, tylko w instytutach stomatologicznych, gdzie mogliby uczestniczyć w leczeniu pacjentów. Niestety, przepisy Ministerstwa Zdrowia oraz ustawa o zawodzie lekarza komplikują sprawę, ponieważ w przypadku pacjentów objętych leczeniem w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, może leczyć tylko lekarz, a nie student. Wszystkie zabiegi wykonywane jako dydaktyczne, obciążają finansowo konto uczelni i jest to poważnym ograniczeniem. Naszym studentom potrzeba więc wiedzy i szkolenia praktycznego, a uczelniom środków, aby mogły te cele realizować.

Jakie skutki dla kształcenia przyszłych stomatologów ma zniesienie stażu podyplomowego?

Obecnie V rok studiów jest rokiem, gdzie prowadzone są wyłącznie zajęcia praktyczne. Zniesienie stażu podyplomowego nie wywołało więc rewolucji. Dostosowywanie programów do nowych wymagań nie było też jednorazowym działaniem, ale procesem. Dlatego przeszło mniej boleśnie. Nie musieliśmy na cito ustalać nowych zasad, ponieważ opracowaliśmy je wcześniej. Jednak zajęcia praktyczne na V roku studiów, zgodnie z zaleceniami powinny być prowadzone w grupach trzyosobowych, a to oznacza znaczny wzrost liczby godzin dydaktycznych. Jednym słowem ciężar kształcenia przenosi się na szkolenie przeddyplomowe, student jest naszym partnerem, oczkiem w głowie. Jeśli chodzi o kształcenie podyplomowe, od lat mówi się o zbyt małej liczbie miejsc rezydenckich i zbyt małej liczbie ośrodków akredytowanych, w których mogliby się specjalizować. I znów wszystko rozbija się o pieniądze. Stanowisko pracy, opieka nad specjalizującym się, materiały – to wszystko kosztuje. Kierownik prowadzący specjalizującego się lekarza nie otrzymuje też żadnego wynagrodzenia i wydaje się, że to powinno być zmienione. ■

Lekarze i legislacja (część 1)

Przepisy stale się zmieniają, pojawiają się nowe, inne przestają obowiązywać. Lekarze muszą śledzić je na bieżąco, by postępować zgodnie z prawem i bezpiecznie wykonywać swój zawód.

O zagadnieniach dotyczących odpowiedzialności cywilnej lekarzy mówiono podczas konferencji „Stomatologia 2012”, która odbyła się pod koniec maja w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Choć niektóre kwestie były już omawiane na łamach gazety, wracamy do nich ponownie, pokazując najistotniejsze wątki prawne poruszane na forum lekarzy stomatologów. To kwestie ważne i zawsze warto o nich mówić.

W polskim systemie prawnym są trzy zasady odpowiedzialności wynikające z kodeksu cywilnego:

- odpowiedzialność cywilna deliktowa (Art. 415 k.c.) – kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, zobligowany jest do naprawienia tej szkody, przy czym kodeks nie rozgranicza, czy mówimy o winie umyślnej czy winie nieumyślnej;
- odpowiedzialność cywilna kontraktowa – (Art. 471 i następne k.c.) – kto nie wywiązał się lub nienależycie wywiązał się z kontraktu, zobowiązany jest do naprawienia powstałej z danego tytułu szkody lub właściwego wywiązania się z kontraktu;
- odpowiedzialność na zasadzie ryzyka

(Art. 435 k.c.) – jeżeli prowadzi się własną firmę, np. gabinet dentystyczny, możliwe jest ponoszenie odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, ponieważ kto prowadzi przedsiębiorstwo i porusza je za pomocą sił przyrody, ten ponosi odpowiedzialność związaną z ruchem tego przedsiębiorstwa. W zasadzie ryzyka nie ma winy, nie musi też być kontraktu. Jeśli aparatura w gabinecie, która posiada wszystkie atesty i została dopuszczona technicznie do użytkowania wyrządzi pacjentowi szkodę, nawet tę niebędącą wynikiem działania lekarza lub jego zaniechania, i tak może on ponieść odpowiedzialność z samego faktu, że to urządzenie posiada i przy jego pomocy wykonuje swój zawód.

Jednak aby mówić o wyrządzeniu szkody i ponoszeniu odpowiedzialności za nią, muszą łącznie zaistnieć trzy przesłanki:

- 1) musi wystąpić szkoda;
- 2) szkoda musi być wynikiem działania lub zaniechania lekarza;
- 3) pomiędzy działaniem lub zaniechaniem lekarza a powstaniem szkody musi istnieć adekwatny związek przyczynowo-skutkowy; adekwatny, czyli musi zaistnieć bezpośrednie następstwo – wyrządzenie szkody musi być bezpośrednim następstwem działania lub zaniechania.

Szkody medyczne

Do niedawna pokutowało w sądownictwie sformułowanie „wysokie prawdopodobieństwo powstania szkody”, jak np. w przypadku zakażenia żółtaczką w szpitalu. Szpital nie mógł się bronić, że nie doszło w nim do zakażenia, zwłaszcza gdy w tym samym czasie inny pacjent zgłosił roszczenie o zakażenie żółtaczką w tym samym szpitalu. Sąd orzekał wówczas, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że obaj pacjenci zostali

zakażeni żółtaczką w tej właśnie placówce. Obecnie sytuacja jest nieco inna: wg jednego z ostatnich orzeczeń sądu najwyższego, pacjent musi wyraźnie wskazać podmiot, co do którego wnosi roszczenia odszkodowawcze – sąd nie jest od ustalania, kto jest odpowiedzialny za szkodę: gabinet stomatologiczny, kosmetyczka czy studio tatuażu. Pacjent musi zdecydować, wobec kogo występuje z roszczeniem. To zmiana zdecydowanie na plus.

Przedawnienie roszczeń

Jedną z najistotniejszych rzeczy, która decyduje o kwestiach odpowiedzialności i kosztów ubezpieczeń, to przedawnienie roszczeń. Do 2007 r. zapis dotyczący przedawnienia roszczeń był prawie taki sam jak w tej chwili, z tą tylko różnicą – niezwykle istotną, że zawierał jedną dodatkową linijkę zapisu o tym, że przedawnienie kończy się wraz z upływem lat 10 od dnia, w którym pacjent się leczył, czyli istniał bezwzględny termin przedawnienia roszczeń: 10 lat od chwili wyrządzenia szkody swoim działaniem lub zaniechaniem. Obecnie ten 10-letni okres został zniesiony. Przedawnienie zaczyna biec w momencie, kiedy pacjent dowie się o szkodzie i dowie się, jaki podmiot jest zobligowany do naprawienia tej szkody. Czy obie przesłanki będą miały miejsce za lat 10 czy 20, 30 czy 40, to już nie ma znaczenia. Odpowiedzialność będzie istniała.

Zmieniły się zapisy dotyczące niepełnoletnich: niepełnoletni w momencie uzyskania pełnoletniości mają dwa lata na złożenie swojego własnego roszczenia.

Parlament polski orzekł, że wprowadzenie zmiany dotyczącej 10-letniego okresu przedawnienia jest dostosowaniem się do standardów europejskich. Jak twierdzą prawnicy, to nieprawda,

Polska pnie się w górę,
**jeśli chodzi o wysokość
orzekanych kwot
do wypłacenia.** Od
1990/2000 r. zasądzone
kwoty są coraz wyższe.

gdyż wszędzie w Europie obowiązuje bezwzględne przedawnienie roszczeń, a brak przedawnienia implikuje chociażby komplikacje spadkowe. Zgodnie z polskimi przepisami, jeżeli spadkobiercy przyjmą spadek wprost, będą ponosili również odpowiedzialność za wszystkie potencjalne roszczenia, o których nawet za życia lekarz może nie wiedzieć. Odpowiedzialność ta jest do pełnej wartości posiadanego majątku, czyli masy spadkowej oraz tego, czego spadkobiercy sami się dorobili. Dlatego prawnicy sugerują, by proponować przyjęcie spadku z dobrodziejstwem inwentarza. Nie eliminuje to odpowiedzialności w ogóle, ale zawęża ją do wartości masy spadkowej.

Ubezpieczenia

Na początku należy rozwiązać mit, który pokutuje w środowisku lekarskim, mówiący o tym, że jeżeli lekarz jest zatrudniony na kontrakt czy na umowę o pracę w szpitalu lub w przychodni, pracodawca go ubezpiecza. To nieprawda. Obowiązkiem lekarza jest zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczeniowej, jak w przypadku każdego kierowcy prowadzącego pojazd.

Nie wolno niszczyć polis. Wszystkie należy laminować i przechowywać – póki co – do końca życia. Zgodnie z polskim prawem to lekarz musi udowodnić ubezpieczycielowi, że zawarł umowę ubezpieczenia, a nie odwrotnie. Weźmy sytuację roszczenia na 500 tys. zł. Lekarz idzie do ubezpieczyciela, by zgłosić szkodę. Ubezpieczyciel poprosi w takiej sytuacji o polisę, bo chce mieć dowód, że lekarz był ubezpieczony. Jeśli

to wykaże, ubezpieczyciel przyjmie zgłoszenie szkody. Pamiętajmy, od 2007 r. wszystkie polisy trzeba przechowywać. Jeśli ktoś je zmienił w niszczarce, powinien udać się do ubezpieczyciela i poprosić o wtórnik polisy.

Zadośćuczynienie za ból i cierpienie

W doniesieniach medialnych słyszy się czasem, że odszkodowania wypłacane zostały do takiej to a takiej kwoty. Ten temat warto doprecyzować i mówić o kwotach zasądzanych, bo przecież sumy 1 mln zł czy 1,5 mln zł odszkodowania porażają. Na wysokość takich odszkodowań składają się dwie kwoty. Pierwsza to „zadośćuczynienie za ból i cierpienie” – część absolutnie niewymierna, która zależy w jakimś stopniu od wizerunku sądu. Druga to odszkodowanie stanowiące zwrot kosztów i strat poniesionych przez powoda. Trzeba zatem rozróżniać: odszkodowanie (na podstawie dokumentów dowodzących, jakie szkody zostały poniesione) oraz zadośćuczynienie (nieokreślone, niemierzalne, zazwyczaj wysokie).

Polska pnie się w górę, jeśli chodzi o wysokość orzekanych kwot do wypłacenia. Od 1990/2000 r. zasądzone kwoty są coraz wyższe. W Stanach Zjednoczonych tendencja wzrostowa już się zmieniła – większość stanów zaczyna uchylać specjalne prawa, zgodnie z którymi zadośćuczynienie za ból i cierpienie nie może być wyższe od określonych kwot, np. nie może przekroczyć 50 tys. dolarów. Przyczyna jest prosta, w pewnym momencie lekarze nie chcieli podejmować się wykonywania pewnych czynności, nikt nie chciał np. przyjmo-

wać porodów, bo jeżeli ginekolog położnik miał połowę swojego rocznego wynagrodzenia (ok. 250 tys. dolarów) przeznaczyć na składkę ubezpieczeniową znacznie podwyższoną m.in. ze względu na ryzyko wysokich zadośćuczynień, wołał nie parać się takim zajęciem. W Polsce najwyższe zadośćuczynienie zasądzone do tej pory to 2 mln zł za zamenienie dzieci w jednym z warszawskich szpitali. Wypłaci je Skarb Państwa, gdyż zdarzenie to miało miejsce, kiedy właścicielem wszystkich szpitali był Skarb Państwa.

Zadośćuczynienie w przypadku zgonu pacjenta dla najbliższych członków rodziny zmarłego

To przepis, który wszedł w życie w 2008 r. O ile czasami samo zadośćuczynienie dla pacjenta w ramach ugody można wynegocjować na poziomie 50, 100, 200 tys. zł, w przypadku zgonu pacjenta mamy do czynienia z kwotą zdecydowanie wyższą. Zadośćuczynienie otrzymuje bowiem każdy z członków rodziny.

Na przykład w przypadku rozbicia się samolotu CASA czy katastrofy smoleńskiej sądy nie zasądzały odszkodowania poniżej 150 tys. zł (na ogół jednak jest to kwota ok. 250 tys. zł) dla każdego członka rodziny. Łatwo policzyć, jakie zadośćuczynienie trzeba zapłacić w przypadku zgonu pacjenta (przypadek 16-latki, która zmarła w gabinecie stomatologicznym), który będzie miał dziesięciu członków rodziny, to łatwo policzyć: 250 000 razy 10, to daje... 2 500 000 zł. Dzisiaj suma gwarancyjna ubezpieczenia to 350 000 EUR na wszystkie zdarzenia i 75 000 EUR na jedno zdarzenie dla praktyk lekarskich. ■

reklama

Plomb-R – pomoc stomatologiczna dla pacjentów w nagłych wypadkach



Pragniemy Państwu zaprezentować nowy – jedyny – na polskim rynku preparat **Plomb-R** – tymczasowe wypełnienie zęba (na bazie tlenku cynku) do samodzielnej aplikacji przez pacjenta. Jest on szczególnie przydatny w sytuacjach awaryjnych, gdzie pacjent ma utrudniony dostęp do lekarza np. podczas urlopu czy wyjazdu służbowego.

Plomb-R nie zastępuje wizyty u dentysty – jest jedynie uzupełnieniem leczenia, dokładnie wtedy, gdy natychmiastowa pomoc stomatologa jest niemożliwa. Zachęcając pacjentów do zaopatrzenia się w **Plomb-R** (dostępny w aptekach) zyskujecie Państwo pewność, że w razie wypadnięcia opatrunku lub ukruszenia zęba pacjenci – z różnych względów niemogący natychmiast rozpocząć leczenia – są w stanie samodzielnie zabezpieczyć ząb, aż do czasu kontaktu z lekarzem.

Plomb-R to poczucie bezpieczeństwa i komfortu dla Państwa pacjentów.

Więcej informacji na www.plomb-r.pl

TRIDENT S.A.



Małgorzata Serwach

Postępowanie przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Postępowanie przed wojewódzką komisją jest odrębnym trybem dochodzenia roszczeń odszkodowawczych przez pacjenta, a jednocześnie jednym z postępowań, jakie może być wszczęte przeciwko podmiotowi leczniczemu.

Pacjent może bowiem wystąpić na drogę sądową: przed sąd cywilny lub karny oraz przed organem orzekającym w sprawach odpowiedzialności dyscyplinarnej czy zawodowej.

I. Zasady ogólne

Postępowanie przed komisją wojewódzką jako kolejny uproszczony tryb dochodzenia roszczeń przez pacjentów nie może toczyć się równolegle z innymi postępowaniami w tej samej sprawie. Dlatego nie może być ono wszczęte, gdy prawomocnie osądzono już sprawę o odszkodowanie lub zadośćuczynienie albo toczy się odpowiednie postępowanie cywilne. Analogicznie postępowanie przed wojewódz-

ką komisją ulega zawieszeniu w przypadku toczącego się postępowania karnego w sprawie o przestępstwo. W przypadku zakończenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lub odpowiedzialności karnej, postępowanie przed wojewódzką komisją podejmuje się z urzędu.

Pierwszym etapem rozpoczynającym postępowanie przed komisją jest ustalenie stanowiska wszystkich zainteresowanych podmiotów. Dlatego z chwilą przyjęcia wniosku wojewódzka komisja przekazuje go niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz jego ubezpieczycielowi. Osoby te przedstawiają swoje stanowisko w terminie 30 dni od otrzymania wniosku wraz z dowodowymi na jego poparcie. Nieprzedstawienie stanowiska w terminie jest traktowane jako akceptacja treści wniosku zarówno w zakresie okoliczności w nim wskazanych, jak i proponowanej wysokości odszkodowania czy zadośćuczynienia.

II. Uprawnienia wojewódzkich komisji

W toku prowadzonego postępowania członkom wojewódzkich komisji przyznano wiele uprawnień. Poza samym orzeczeniem o wystąpieniu zdarzenia medycznego komisja może wzywać do złożenia wyjaśnień wszystkie podmioty zainteresowane wynikiem sprawy: osobę,

która złożyła wniosek; kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital; osoby, które wykonywały zawód medyczny w szpitalu oraz inne osoby, które były w nim zatrudnione lub w inny sposób w nim związane w okresie, w którym miało miejsce zdarzenie medyczne, jeśli tylko mogą posiadać informacje istotne dla toczącego się postępowania, a także samego ubezpieczyciela.

Komisja, rozpatrując przedstawione dowody, może ponadto przeprowadzić postępowanie wyjaśniające w szpitalu oraz żądać dokumentacji prowadzonej przez ten podmiot leczniczy, w szczególności dokumentacji medycznej. Dodatkowo komisja ma uprawnienie do wizytacji pomieszczeń i urządzeń placówki. Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, może też zasięgnąć opinii lekarza albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

III. Postępowanie przed wojewódzką komisją – możliwość odwołania od decyzji komisji

Jednym z podstawowych założeń, które stanowiło podstawę wprowadzonych rozwiązań, jest szybkość nowego postępowania. Dlatego nie może ono toczyć się dłużej

Komisja, rozpatrując przedstawione dowody, może przeprowadzić postępowanie wyjaśniające w szpitalu oraz żądać dokumentacji prowadzonej przez ten podmiot leczniczy.

niż cztery miesiące od dnia złożenia wniosku. Po jego zakończeniu komisja wydaje w formie pisemnej orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub jego braku wraz z uzasadnieniem. Orzeczenie zapada większością co najmniej trzech czwartych głosów w obecności całego składu orzekającego. Skład jest czteroosobowy, co oznacza, że dopuszczalne jest orzeczenie o zdarzeniu medycznym przy głosach 3:1. Członek komisji, który nie zgadza się z większością, może zgłosić zdanie odrębne, ale jest wówczas zobowiązany uzasadnić je na piśmie. Orzeczenie ogłaszane jest przez przewodniczącego składu wraz z podaniem głównych motywów rozstrzygnięcia. Wraz z uzasadnieniem doręczane jest zainteresowanemu nie później niż w terminie siedmiu dni.

Postępowanie ma dwuinstancyjny charakter. Zarówno wnioskodawcy, szpitalowi, jak i ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Zostaje on przeanalizowany w terminie 30 dni od jego otrzymania. W rozpatrywaniu odwołania nie może uczestniczyć żaden członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia.

Podmiot składający wniosek, podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą ponadto, w terminie 30 dni, wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć

wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w poszerzonym składzie sześciuosobowym.

IV. Ubezpieczenie podmiotu leczniczego prowadzącego szpital

Surową odpowiedzialność szpitala ma zniewolować obowiązek posiadania odpowiedniego ubezpieczenia oraz fakt, że konieczność wypłaty określonego świadczenia nie będzie obciążać podmiotu leczniczego. W zakresie odpowiedzialności za wystąpienie zdarzenia medycznego ubezpieczyciel jest bowiem związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji. Za jej pośrednictwem, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia o zdarzeniu medycznym, ma obowiązek przedstawienia uprawnionemu propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja ta musi się mieścić w ustawowych granicach. Wysokość świadczenia w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, wynosi bowiem 1 200 000 zł, z tym że w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta — wynosi 100 000 zł. Natomiast w razie jego śmierci — stanowi 300 000 zł. W obu przypadkach wskazana kwota odnosi się do jednego pacjenta. Jeśli ubezpieczyciel nie przedstawi propo-

zycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, będzie zobowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku. Zamiast stanowiska ubezpieczyciela, wojewódzka komisja wystawia wówczas zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość świadczenia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji przez ubezpieczyciela. Następnie oczekuje się odpowiedzi wnioskodawcy. Podmiot ten w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania propozycji składa ubezpieczycielowi, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. W razie przyjęcia zaproponowanej kwoty składa kolejne oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenia medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Przedstawienie przez ubezpieczyciela odpowiedniej propozycji lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia, nie oznacza jednak uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

W przypadku braku ubezpieczenia od zdarzeń medycznych lub wyczerpania sumy gwarancyjnej obowiązki nałożone na ubezpieczyciela przechodzą na szpital. ■

*Autorka jest adiunktem
Katedry Prawa Cywilnego
Uniwersytetu Łódzkiego.*

reklama

WYPOCZYWAJ WE WŁASNYM MIESZKANIU NAD MORZEM!

123 tys. zł

tyle wystarczy, by stać się
**właścicielem
nowego mieszkania
w Wiśniowym Sadzie!**

Biurowo sprzedaży przy inwestycji
– ul. Koszalińska 65B m.1, Kołobrzeg

tel.: 94 354 00 21

tel. kom.: 698 170 721, 505 173 497

pn. - pt.: 12:00-18:00

so. - nd.: 10:00-15:00

Wpłać 60% i odbierz klucze!

- podwyższony standard i urządzone łazienki
- mieszkania dwupokojowe od 39 m²
- garaże podziemne, ogródki, tarasy
- preferencyjny, szybki kredyt bez opłat i prowizji
- zarządzanie wynajmem lokalu
- promocyjny pakiet opieki medycznej
- projekty aranżacji wnętrz - gratis

Komfortowe

mieszkania w Kołobrzegu

www.wisniowy-sad.pl

WIŚNIOWY SAD
Komfortowe mieszkania w Kołobrzegu

Stworzono najgroźniejszego wirusa na świecie

Co by było, gdyby wirus ptasiej grypy przenosił się drogą kropelkową między ludźmi, a więc tak, jak czynią to liczne odmiany wirusa ludzkiej grypy? Prawdę mówiąc, strach pomyśleć.

Wciąż pamiętamy panikę, jaka towarzyszyła epidemii ptasiej grypy sprzed kilku lat. Trudno zapomnieć choćby słynne telewizyjne sceny z toruńskimi łabędziami, u których w marcu 2006 r. wykryto obecność wirusa H5N1. Ostatecznie po badaniach 79 zdrowych ptaków wypuszczono, a 32 zakażone wirusem uśpiono.

W dziale naukowym „Gazety Wyborczej” wielokrotnie studziliśmy w tym czasie emocje czytelników, tłumacząc, że H5N1 to rzeczywiście bardzo groźny dla ptaków wirus, ale na szczęście znacznie mniej niebezpieczny dla człowieka. Głównie jednak z tego powodu, że bardzo trudno się nim od ptaków zakażać. Jeśli bowiem do takiego przeniesienia już dojdzie, śmiertelność u ludzi jest niezwykle wysoka. Pierwszy przypadek zgonu z powodu H5N1 odnotowano w Hongkongu w roku 1997. Do dziś ptasią grypą zakażyli się łącznie 583 osoby na świecie, zmarły

344. Jest to więc jeden z najgroźniejszych znanych nauce wirusów, infekcja kończy się fatalnie aż w 59 proc.

Z człowieka na człowieka?

Naukowców od lat kusiło, by sprawdzić, czy wirus H5N1 da się tak zmodyfikować w laboratorium, że zacznie się błyskawicznie przenosić z jednych ofiar na inne. Wykonanie takiego eksperymentu na ludziach jest naturalnie niemożliwe, ale dwie niezależne ekipy - jedna z Holandii, druga z Japonii - spróbowały to zrobić na fretkach. A ponieważ fretki na grypę chorują tak jak my - ludzie, wyniki te można ekstrapolować więc na nas. Czy takie badania powinno się w ogóle przeprowadzać? W końcu nietrudno sobie wyobrazić, że jeśli naukowcy zmodyfikują odpowiednio H5N1, mogła to być - naturalnie po dostaniu się w niepowołane ręce - niezwykle groźna broń biologiczna.

Eksperymenty na fretkach

Badacze dostali jednak pozwolenie i odpowiednie fundusze. Argumentowali, że uzbrojeni w stosowną wiedzę, będziemy łatwiej mogli zareagować w razie, gdyby do takiej przemiany doszło nie w laboratorium, ale spontanicznie, w naturze.

Ekipa Holendrów jesienią ubiegłego roku podczas zjazdu naukowego na Malcie ogłosiła sukces. - Rozumiemy na czym polega zamiana H1N1 pobranych od chorego ptaka do „przenoszących się jak burza” wirusów u frettek - oznajmił szef ekipy, dr Ron Fouchier z Erasmus Medical Center w Rotterdamie.

Problem z publikacją wyników

Kiedy jednak przyszło do publikacji wyników, wydawca tj. „Science” zaczął rozważać ich ocenzenie. W międzyczasie swoje eksperymenty zakończyli również Japończycy pod kierunkiem prof. Yoshihiro Kawaoki z Uniwersytetu Wisconsin w USA i przesłali swoje doniesienie do konkurencyjnego „Nature”. Reakcja drugiego wydawcy była podobna. W sprawę zaangażowała się Światowa Organizacja Zdrowia. Ostatecznie praca Kawaoki właśnie się ukazała, a artykułu Holendrów w „Science” spodziewamy się niebawem. Wirus stworzony przez Japończyka okazał się w efekcie mniej zabójczy niż przewidywano. Fretki, owszem, zachorowały, jednak żadna nie zginęła. Spotkanie z mikrobie holenderskim było ponoć znacznie groźniejsze w skutkach. ■

O onkologii w Chicago

W dniach 1-5 czerwca w Chicago odbył się wielki doroczny światowy zjazd onkologów. Jego organizatorem jest American Society of Clinical Oncology (Amerykańskie Stowarzyszenie Onkologii Klinicznej). Tegoroczne ASCO nie przyniosło przełomowych newsów, aczkolwiek sporo z tysięcy doniesień posuwa istotnie naszą wiedzę w zakresie leczenia raka.

Na ASCO zjeżdża co roku tysiące specjalistów z całego świata. Obradom przysłuchiwało się kilkuset dziennikarzy. W tym roku w biurze prasowym pracowały cztery osoby z Polski, ja także znalazłem się w tym gronie. Ponieważ było to już moje szóste ASCO, mogę pozwolić sobie także na pewne porównania.

Stonowane nastroje

Odnoszę wrażenie, że o ile konferencje z początku poprzedniej dekady były hurra optymistyczne, o tyle od 2-3 lat panuje na nich raczej atmosfera stonowanego realizmu, żeby nie powiedzieć lekkiego przygnębienia. Ów optymizm związany był z wprowadzeniem tzw. terapii celowanej w onkologii. Dzięki rozwojowi biologii molekularnej udało się wyprodukować pierwsze, fantastycznie działające leki, jak np. glivec czy nieco później herceptyna. Wydawało się więc, że nasze zwycięstwo nad rakiem przybliży się jak nigdy dotąd. Kolejne lata kazały jednak zrewidować ten pogląd. Pojawiła się oporność na glivec, na-

stępne celowane leki okazywały się często nie aż tak skuteczne, jak byśmy sobie tego życzyli. Dziś nikt już nie ma wątpliwości, że nasze zmagania z chorobą nowotworową będą trwałe jeszcze bardzo długo. Że jest to twarda, pozycyjna walka na lata, sprządzająca się do zdobywania terenu metr po metr, do mozolnego wyrywania naturze jej tajemnic.

Dobry czas na leczenie czerniaka

Największe wrażenie, jeśli chodzi o tegoroczny zjazd, zrobiły na mnie wiadomości z zakresu immunoterapii, a więc prób leczenia choroby nowotworowej poprzez stymulację układu odpornościowego

pacjenta. Organizm chorego postrzega nowotwór jako wroga, ale ów wróg nie czeka biernie na atak, lecz stara się oszukać i osłabić na różne sposoby przeciwnika. Chorobą, w której immunoterapia od pewnego czasu zaczyna święcić coraz większe triumfy, jest czerniak. Do niedawna medycyna nie miała żadnej broni na zaawansowanego czerniaka. Rok temu na ASCO zaprezentowano wielce obiecujące przeciwciało – ipilimumab, który po raz pierwszy od wielu, wielu lat był w stanie uratować pewien odsetek chorych i utrzymać ich w zdrowiu przez rok-dwa lata. Teraz okazało się, że ich dobry stan trwa nadal. Jest więc nadzieja, że ci pacjenci, którzy wyjątkowo dobrze zareagowali na leczenie ipilimumabem, będą wolni od choroby przez naprawdę długi czas. W terapii czerniaka pojawiają się też całkiem nowe dwa przeciwciała, które przeszły pozytywnie dopiero badanie pierwszej fazy. Co ciekawe, jedno z tych białek wykazuje pewną skuteczność również u cho-

rych na raka nerki, a także – co szczególnie zaskoczyło badaczy – u cierpiących na niedrobnokomórkowego raka płuc. Do tej pory wydawało się, że w przypadku akurat tej choroby, immunoterapia nie ma szans na powodzenie. W odniesieniu do czerniaka notuje się również postęp we wspomnianej terapii celowanej. W Chicago zaprezentowano kilka obiecujących prac na ten temat. Zdaniem prof. Piotra Rutkowskiego z warszawskiego Centrum Onkologii w najbliższych latach możemy spodziewać się wielu ważnych doniesień w tym zakresie. Dla leczenia czerniaka najwyraźniej nadzedł dobry czas.

Pora na bendamustynę

Z innych rezultatów prezentowanych na ASCO warto wspomnieć o tym dotyczącym bendamustyny, leku stosowanego w terapii dwóch postaci chłoniaka. Środek ten odkryto pół aż wieku temu w ówczesnej Niemieckiej Republice Demokratycz-

nej. – Po zjednoczeniu Niemiec przekonaliśmy długo kolegów z Zachodu, że mamy naprawdę dobry preparat – mówił w Chicago dr Mathias J. Rummel z Kliniki Uniwersyteckiej w Giessen. – Nie wierzyli nam, twierdząc, że ich nauka stoi na znacznie wyższym poziomie. Dziś bendamustynę stosuje już cały świat, a najnowsze badanie wykazuje bezspornie, że lek ów (w kombinacji z innym środkiem) jest nie tylko skuteczniejszy w porównaniu do dotychczasowej standardowej terapii, lecz wywołuje także zdecydowanie mniej skutków ubocznych. ■

***Zapraszamy do współpracy osoby,
które uczestniczą w ciekawym
badaniu albo projekcie naukowym.
Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych,
które właśnie się dzieją.
Czekamy na e-maile pod adresem:
nauka@gazetalekarska.pl.***

reklama

Międzynarodowe Centrum Kształcenia Medycyny Anti-Aging oraz Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych

Ogłasza nabór na dwuletni program kształcenia lekarzy z zakresu medycyny anti-aging i dermatologii estetycznej z naciskiem na praktyczne przygotowanie do prowadzenia profesjonalnej praktyki lekarskiej

- Ponad 10-letnie doświadczenie w szkoleniach dla lekarzy
- Własne sale konferencyjne i gabinety zabiegowe przystosowane do zajęć dydaktycznych
- Najlepsi wykładowcy i trenerzy
- Szkoła pod patronatem Stowarzyszenia Lekarzy Dermatologów Estetycznych oraz European Society for Cosmetic and Aesthetic Dermatology z siedzibą w Paryżu

**PRZYJMujemy ZAPISY
NA LATA 2012/2014**

ILOŚĆ MIEJSC OGRANICZONA




MIĘDZYNARODOWE CENTRUM
KSZTAŁCENIA MEDYCYNY
ANTI-AGING

STOWARZYSZENIE
LEKARZY
DERMATOLOGÓW
ESTETYCZNYCH



ul. Włodarzewska 69a, 02-384 Warszawa
tel.: +48 22 853 39 70, fax: +48 22 847 69 33
stowarzyszenie@dermatologia-estetyczna.pl
www.antiaging.edu.pl

Biali żołnierze

Kiedy uczucia stężały, a na lęk brakło miejsca

Jeśli sposobisz się do wojny, szykuj medyków. „Bo jeden doświadczony lekarz wart jest stu wojowników” – ta przypisywana Homerowi sentencja jeszcze raz dowiodła swej prawdziwości w czasie Powstania Warszawskiego.

To była jedyna tego rodzaju bitwa stoczona w okupowanej Europie. Żadne inne działania, które zwykło się nazywać „ruchem oporu” czy „siłami wspomagającymi aliantów”, w czasie wojny nie miały ni tego wymiaru, ni czasu trwania, ni takiej liczby uczestników, ani nie wiązały takich sił wroga. Choć trudno o precyzyjne dane, powszechnie przyjmuje się, że w Powstaniu Warszawskim uczestniczyło 900-1000 lekarzy i studentów medycyny ostatnich lat oraz około 10 tys. pielęgniarek i sanitariuszek.

Przygotowania

W 1940 r. opracowana została struktura organizacyjna wojskowej służby zdrowia na czas powstania. Na jej czele stanął szef sanitarny Komendy Głównej AK, któremu podlegali lekarze okręgów, im zaś sanitariaty oddziałów dywersji. Stolicę podzielono na sześć obwodów (obwód siódmy tworzył powiat warszawski, zaś ósmy to samodzielny rejon Okęcie). Zimą 1941 r. powstała Wojskowa Służba Ochrony Powstania. Pierwszy rozkaz brzmiał: „Znajdź wśród swych przyjaciół kobiety i dziewczęta, z których można stworzyć patrol sanitarny”.

Zapamiętane, zapisane

Jerzy Jurkiewicz, prezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, patrząc na powstanie z perspektywy 60 lat, mówił tak: „Kim byli ci żołnierze, co to było za wojsko? [...] W plecakach nie mieli granatów, nie było też drugiego serca w zapasie. W tych plecakach było trochę bandaży i trochę opatrunków, a cała reszta to była miłość [...] Niezwyczajni i dziwni to byli żołnierze. W dłoniach zamiast karabinów trzymali,

a raczej należało by powiedzieć, trzymały nosze, ciężkie, nie do udźwignięcia nosze z rannymi; dużo noszy. Tylko nadludzką determinacją i niewyobrażalnie głębokim poczuciem obowiązku da się wytłumaczyć, choć nie do końca zrozumieć, iż pomimo ostrzału, pomimo ciężkich strat ranni byli przenoszeni do powstańczych szpitali i powstańczych punktów opatrunkowych”. Tamten czas utrwalany był też na gorąco, w poezji. Irena Zembrzуска w wierszu „Nosze” (wrzesień 1944 r.) pisała tak:

*Jeszcze trochę, tylko jedna jeszcze barykada
Nie doniosę go, rzucę na środku chodnika
[...]*

*O ścianę oparłam głowę – ktoś obok zawołał:
Uwaga, miejsce, sanitariuszki przyniosły rannego*

Poezja poezją, a zimna statystyka powiada, że „białe wojsko” korzystało z 25 warszawskich szpitali, 120 szpitali polowych i ponad 200 punktów opatrunkowych. Szacunkowo ocenia się – tak twierdzi prof. Andrzej Danysz – że udzielono pomocy kilkudziesięciu tysiącom rannych, a służby sanitarne uratowały od śmierci lub ciężkiego kalectwa około 25 tys. ludzi, zarówno spośród powstańców, jak i ludności cywilnej. Historię tamtych dni opisuje też Anna Świrszczyńska w wierszu „Szpital”:

*Wszędzie poniewierały się
Klejnoty męstwa i nadziei
Szpital był skarbcem
Skarbow bez ceny*

To opis mało medyczny. I bardzo dobrze. Bo metaforycznie opowiada o tym, o czym medycy często nie chcą czy nie potrafią opowiedzieć – o humanitarnym wymiarze ich pracy, który jest równie ważny, jak ich wiedza czy umiejętności.

Lekarze wspominający tamten czas wolą jednak twardo trzymać się konkretów. Wskazują na małą liczbę zakażeń wtórnych i brak zakażeń tężcem. Piszą też o stosunkowo niewielkiej częstotliwości występowania wstrząsów pourazowych. Tłumaczą to euforią charakterystyczną, zwłaszcza dla początku powstania; ta – jak wiadomo – zmniejsza podatność na wstrząsy pourazowe. Po drugie, możliwością szybkiej transfuzji krwi. Podstawowe znaczenie przypisują jednak szybkiemu udzielaniu pierwszej pomocy medycznej.

Na ile było można...

Założenia pracy sanitariatu na czas walk w stolicy były logiczne. Tyle że powstanie planowano na 3-7 dni, a musiało zdawać egzamin w ekstremalnych warunkach przez 63 dni. Kolejny raz okazało się, iż plan planem, a wydarzenia toczą się innym torem. Powstańcy skazani zostali na pospieszną improwizację. W tych warunkach to wieloletnia praca przygotowawcza, szkoleniowa i organizacyjna zdecydowały o dużej skuteczności pierwszej pomocy. Irena Kubicka, wtedy sanitariuszka, a po wojnie zakonnica, opisuje tamte wydarzenia tak: „W szpitalach rannych było coraz więcej [...], a leków coraz mniej. Zapasy opatrunków malały, brakowało wody, skąpe ilości strawy i napojów nie wystarczały rannym, którzy ciągle wołali pć, odczuwając ogromne pragnienie. Nie byliśmy w stanie ich uspokoić. Przestaliśmy reagować na



paciski niemieckie, tak dziwnie uczucia stężyły, że nawet na lek zabrakło miejsca”.

Ponieważ potrzeba jest matką wynalazków, zarówno w szpitalach, jak i w „szpitalikach pod zlewkiem” – tak Ewa Podgórska nazwała organizowane pośpiesznie punkty sanitarne, w których warunki były koszmarnie – radzono sobie, jak się dało. Cywilów wzywano do ofiarowania lamp naftowych, udostępniania wolnych łóżek, sof, kanap, przekazywania bielizny, ubrań, środków medycznych czy innych przedmiotów pomocnych przy rekonwalescencji. Istniejące punkty sanitarne czy szpitaliki połowę trzeba było przenosić, organizować nowe. I spieszyć z medyczną pomocą w takich warunkach, jakie były. Kiedy więc brakowało krwi i płynów do infuzji, podawano chorym roztwór fizjologiczny soli kuchennej: odważano odpowiednią jej ilość, rozpuszczano w wodzie, następnie filtrowano przez gazę i gotowano. Do narkozy używano odpowiednio spreparowanego eteru technicznego. Bywało, że lekarze i sanitariuszki własnymi ciałami zasłaniali pole operacyjne przed opadającym tynkiem, a zamiast narzędzi chirurgicznych używali narzędzi stolarskich bądź ślusarskich.

Radzono sobie zawsze i wszędzie. Dr Edward Kowalski, który już po upadku powstania pracował w punkcie zbiorowym dla wypędzonych, znajdującym się w kościele św. Wojciecha, tak wspomina tamte warunki: „Oczyszcziliśmy przy pomocy ludzi prezbiterium koło głównego ołtarza i tam zorganizowaliśmy prowizoryczne ambulatorium. Ludzie wypędzani z miasta, z własnych domów, brali, co popadło, najdziwniejsze rzeczy potrzebne i niepotrzebne. Po przyjściu do kościoła byli tak zmęczeni

Podobno pierwszym Polakiem, **któremu podano penicylinę**, był anonimowy do dziś powstaniec.

noszeniem, że zostawiali połowę [...]. Znalazły się zaraz koldry i koce, poukładaliśmy to wszystko dookoła i przenieśliśmy rannych. Zebrałem trochę lekarstw, trochę środków opatrunkowych i wziąłem się do opatrunków”.

Powstańcze odkrycia

Podobno pierwszym Polakiem, któremu podano penicylinę (znaleziono ją we wrześniu 1944 r. w jednym z zasobników pochodzących z amerykańskiego zrzutu), był anonimowy do dziś powstaniec. Innym medycznym „wynalazkiem” było wykorzystanie much plujek (*Calliphora vomitoria*): składały one jaja w ropiejących ranach, które później były oczyszczane przez wyklute z jaj larwy. Ponoć widok kłębiącego się robactwa wprawiał mniej doświadczonych sanitariuszek w popłoch. Kiedy im wyjaśniono, co i jak, najczęściej reagowały śmiechem. A ten sprawiał, że przez chwilę świat wydawał się mniej koszmarny...



Natalia Łuszkienko-Sobczak, wówczas sanitariuszka, a po wojnie lekarka mieszkająca w Gdańsku, opisała jedną z takich chwil ucieczki: „Ktoregoś dnia po obiedzie siadamy na schodach. Zaczyna się dyskusja, w jakiego koloru mundurze będziemy maszerowały w defiladzie po skończonej wojnie. Żadnej nie przyszło do głowy, że za chwilę możemy już nie żyć”.

W ciągu 63 dni pamiętnego roku 1944, w czasie walk w stolicy, zginęło lub zostało zamordowanych około 200 lekarzy, ponad 1000 pielęgniarek i sanitariuszek. Medycyna wiąże się z wojną nie tylko w takim sensie, że wojna „produkuję” rannych i stawia służby medyczne twarzą w twarz z nagłymi i dramatycznymi przypadkami, ale też dlatego, że jedna i druga bezpośrednio dotyczą podstawowego dobra, jakim jest życie. „Biali żołnierze” w czasie walk o stolicę dowiedli, że rację miał Seneka, który twierdził: „trzeba żyć dla innych, jeśli chcesz żyć z pożytkiem dla siebie”.

Korzystałem z: Witold Lisowski, „Polska służba zdrowia w powstaniach narodowych 1794-1944”, Warszawa 2006; Maria Wiśniewska, Małgorzata Sikorska, „Szpitale powstańczej Warszawy”, Warszawa 1991; Bożena Urbanek, „Pielęgniarki i sanitariuszki w Powstaniu Warszawskim 1944 r. Warszawa 1998; Stanisław Kopf, „Powstańcze służby sanitarne”, Warszawa 2004. Na szczególną uwagę zasługuje Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, który tej tematyce poświęcił kilka tomów. W 2002 r. wydano „Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego”; w 2003 r. „Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego” (wydanie rozszerzone w dwóch tomach); w 2003 r. „Suplement do Pamiętnika TLW” – „Tajne studia medyczne 1940-1944”; w 2005 r. „Suplement do Pamiętnika TLW” – „Medycyna w Powstaniu Warszawskim”; w 2006 r. „Suplement do Pamiętnika TLW” – „Lekarze Powstania Warszawskiego” i w 2011 r. „Exodus – służba zdrowia po Powstaniu Warszawskim”.

To był obowiązek

Z dr. med. Mieczysławem Antonim Buczkowskim, ps. „Buk”, który jako lekarz wspomagał powstańców warszawskich, rozmawia Lidia Sulikowska.

Przygodę z medycyną zaczął pan w bardzo trudnym czasie...

Studia rozpocząłem w 1941 r., na tajnych kompletach Uniwersytetu Warszawskiego. Jednocześnie byłem laborantem i sanitariuszem anestetystą w dwóch szpitalach. Dyplom lekarski uzyskałem już po wojnie, w grudniu 1947 r.

Skąd decyzja o wzięciu udziału w Powstaniu Warszawskim?

Powstanie dla mojego pokolenia było oczywistością wynikającą z atmosfery okupacji i codziennych prześladowań, jakie w związku z tą sytuacją nas nękały. Dyskusja, czy miało ono sens, dla nas młodych nie istniała. W momencie wybuchu powstania każdy włączał się w walkę w różnej formie. Studenci medycyny często pracowali w szpitalach polowych albo w oddziałach bojowych. Duża część młodych medyków brała też bezpośredni udział w walkach z bronią w ręku. Każdy wypełniał swoje zadania, jak mógł najlepiej, niezależnie od miejsca, w którym się znalazł. Nie były to działania amatorskie. Tajne studia w dużym stopniu uwzględniały potrzebę szkolenia do pracy w warunkach bojowych.

• Powstanie dla mojego pokolenia było **oczywistością wynikającą z atmosfery okupacji i codziennych prześladowań**, jakie w związku z tą sytuacją nas nękały.

W pierwszym dniu powstania znalazłem się na Żoliborzu, gdzie mieszkalem. Walki w tej dzielnicy wybuchły najwcześniej, co uniemożliwiło mi zameldowanie się w miejscu swego zgrupowania. Zgłosiłem się więc do pracy w żoliborskiej powstańczej medycznej służbie w zgrupowaniu „Żywiciel”. Zostałem „młodszy lekarz” w szpitalu polowym nr 4, który początkowo mieścił się w Klasztorze Zmartwychwstanek, a potem kilka razy zmieniał lokalizację.

Jakie wydarzenie z tamtego czasu najbardziej zapadło panu w pamięć?

Bardzo dramatyczne było zbombardowanie przez tzw. szafy szpitala przy ul. Krasińskiego oraz ratowanie rannych po ataku na Dworzec Gdański. Pracowaliśmy wówczas przy stołach operacyjnych non stop przez 48 godzin. W szpitalu były trzy zespoły operacyjne. Starsi lekarze do pomocy mieli studentów medycyny, takich jak ja, którzy asystowali przy zabiegach, wykonywali prostsze zabiegi chirurgiczne, pełnili funkcje anestetystów, sprawowali opiekę pooperacyjną. Chciałbym też wspomnieć o dużym zaangażowaniu wolontariuszy, szczególnie sanitariuszek, których pomoc była nieoceniona.

Pod koniec powstania nie wkładało się zniechęcenie?

Z upływem dni zaczęła narastać świadomość przegranej, ale to w żadnym wypadku nie wpływało na wypełnianie przez nas obowiązków. ■

MIECZYŚLAW BUCZKOWSKI (ur. 13.04.1923) został odznaczony Krzyżem Partyzanckim, Krzyżem Armii Krajowej, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Odznaką Pamiątkową Akcji Burza, Medalem za Warszawę.



STRONA WWW DLA BIZNESU



STWÓRZ WITRYNĘ W KILKA MINUT

Wychodzimy naprzeciw potrzebom lekarzy! Teraz dzięki 1&1 MyWebsite w kilka chwil stworzysz profesjonalną stronę internetową dla swojego gabinetu.

Pomysłowe układy graficzne, teksty i zdjęcia dopasowaliśmy specjalnie do Twojej branży. Z 1&1 MyWebsite zyskasz unikalną wizytówkę, która pozwoli Ci osiągnąć sukces w sieci.

**1&1 MY WEBSITE
Z GOTOWĄ TREŚCIĄ
DLA GABINETU
LEKARSKIEGO**



Zadzwoń: **00 800 1214 138*** lub odwiedź naszą stronę

www.1and1.pl

* Połączenie bezpłatne.

Weź tabletkę

Co drugi chory przewlekłe na białaczkę szpikową po pół roku leczenia przestaje je kontynuować. Tymczasem przerwana terapia często oznacza przegraną w walce z chorobą. Niesystematyczne przyjmowanie leków dotyczy także osób z innymi chorobami przewlekłymi: nadciśnieniem tętniczym, miażdżycą, cukrzycą, astmą.

Zdaniem naukowców przyczyną tkwiącą w komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem oraz braku partnerskiej relacji między nimi. Fundacja Urszuli Jaworskiej zainaugurowała cykl warsztatów, których celem jest ich budowanie oraz edukacja w zakresie komunikowania się pacjenta z lekarzem.

Zbigniew Kowalski, doradca i trener komunikacji interpersonalnej uważa, że tylko pacjent świadomy celów podejmowanych działań, w momencie zniechęcenia przedłużającym się leczeniem, nie zrezygnuje ze stosowania się do zaleceń lekarza. Rzecz w tym, aby prowadzący go lekarz uświadomił mu te cele. Najlepiej w czasie wizyty lekarskiej. Rozmowa powinna być szczera i otwarta, tylko w ten sposób obie strony mogą wspólnie znaleźć rozwiązania dostosowane do możliwości chorego. Jeśli lekarz zrozumie, że na wyniki terapii duży wpływ ma jego relacja z pacjentem, a pacjent uwierzy, że ma w nim sprzymierzeńca w leczeniu, nawiąże się między nimi partnerska relacja oparta na przekonaniu, że sobie ufają. Badania OBOP pokazują, że pacjenci oczekują od lekarza dobrego traktowania (56,4 proc.) oraz umiejętności przekazania informacji (22 proc.). Lekarz i pacjent to jednak dwie strony dialogu, który ma doprowadzić do skutecznego leczenia, a chorzy często ukrywają prawdę o tym, że nie biorą systematycznie leków. Profesor Przemysław Kardas, kierownik I Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, badający to zjawisko twierdzi, że pacjenci często zwyczajnie zapominają o wzięciu dawki leku i nie ma w tym ich złej woli. Jest jednak

liczna grupa chorych, którzy przerywają leczenie, bo nie wierzą w jego skuteczność, nie odczuwają wyraźnej poprawy, nie dostrzegają mimo zaprzestania brania leków jawnych oznak pogorszenia ich stanu, bądź ujawniają się u nich polekowe objawy niepożądane. Nie stosują się do zaleceń nawet wówczas, gdy wiedzą o konsekwencji takiego zachowania. – Właściwa komunikacja lekarz – pacjent jest skuteczną metodą poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych i warunkiem *sine qua non* systematycznego leczenia – zapewnia prof. Kardas.

Dr Tomasz Sacha z Katedry i Kliniki Hematologii CMUJ w Krakowie przekonuje, że dzięki nowoczesnym lekom z przewlekłą białaczką szpikową można żyć latami, warunkiem jest jednak systematyczne przyjmowanie leku. Śmiertelność w tej chorobie jest obecnie niższa niż 1 proc. rocznie. Odsetek chorych z przewlekłą białaczką szpikową przyjmujących regularnie lek zmniejsza się z 94 proc. w 5. miesiącu terapii do 23 proc. w 14. miesiącu terapii. Powołując się na międzynarodowe badania u chorych leczonych inhibitorem kinazy tyrozynowej (IKT – lek stosowany w terapii przewlekłej białaczki szpikowej), dr Sacha twierdzi, że nieprzyjęcie trzech dawek preparatu w ciągu miesiąca sprawia, że szansa na osiągnięcie odpowiedzi molekularnej spada z 90 proc. do około 17 proc., co może zaprzepaścić już osiągnięte wyniki leczenia. Badania wskazują, że trudniej jest dbać o systematyczność przyjmowania leków osobom, które na co dzień nie odczuwają objawów chorób (objawy nie są zwykle wyczuwalne w chorobach prze-

wlekłych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie i właśnie przewlekła białaczka szpikowa). Konsekwencje są także odczuwalne w sferze ekonomicznej. W Polsce nieprzestrzeganie dyscypliny lekowej przez pacjentów z chorobami przewlekłymi kosztuje rocznie 6 mld zł, co stanowi około 10 proc. budżetu NFZ. ■



Z 1&1 TO ŁATWE

ZAISTNIEJ W SIECI JUŻ DZIŚ

Nie musisz być programistą – wystarczy połączenie z Internetem. Po prostu wybierz kolor witryny i podaj informacje o firmie, a już po chwili Twoja strona będzie gotowa – idealnie dopasowana do praktyki lekarskiej. Kiedy tylko chcesz, łatwo edytuj witrynę według własnych upodobań.

- ✓ Własny adres internetowy GRATIS!
- ✓ Pomoc techniczna 24/7

**1&1 MY WEBSITE
WYPRÓBUJ
ZA DARMO!**

www.1and1.pl/lekarze

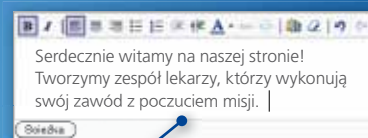
30 dni za darmo, potem już od 39,90 zł/mies.*



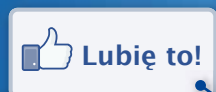
Poprawiaj pozycję swojej strony w wyszukiwarkach internetowych.



W mig dodawaj nowe zdjęcia.



Edytuj tekst bezpośrednio na stronie.



Zintegruj witrynę z Facebookiem, aby Twoi goście polecali ją innym.



Inny kolor? Klikasz i masz!



1&1



Zadzwoń: **00 800 1214 138**** lub odwiedź naszą stronę

www.1and1.pl

* Niniejszy materiał promocyjny nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Podane ceny nie zawierają podatku VAT (23%). Wszystkie pakiety 1&1 MyWebsite bezpłatnie przez pierwsze 30 dni, następnie zgodnie z wybraną taryfą. Cykl rozliczeniowy wynosi 3 miesiące. Regulamin i ceny dostępne na stronie www.1and1.pl.

** Połączenie bezpłatne.

Zmniejszyć ryzyko



Każdego roku w europejskich szpitalach dochodzi do ponad 1 mln zakłuć igłami i innymi narzędziami ostrymi. Jak sytuacja ta wygląda w naszym kraju?

Kontakt pracownika z materiałem zakaźnym podczas wykonywania pracy określany jest jako ekspozycja zawodowa. Jej źródłem mogą być właściwie wszystkie zabiegi medyczne. Kontakt z materiałem infekcyjnym może nastąpić przez skórę, oko, jamę ustną lub błonę śluzową. Potencjalnym materiałem zakaźnym może być: krew, nasienie, wydzielina pochłowa, płyn mózgowo-rdzeniowy, żółć, płyn z opłucnej, otrzewnej, osierdza, stawowy, każdy płyn ustrojowy zawierający widoczną domieszkę krwi.

Na ekspozycję zawodową lekarz narażony jest każdego dnia pracy. „Trzy dni temu zakłułam się igłą przy znieczuleniu miejscowym przed drobnym zabiegiem. Pacjent 80 l. z podejrzeniem npl trzustki. Dziś otrzymałam jego wyniki – p/ciała aHBs ujemne, antygen HBs ujemny, natomiast p/ciała aHCV dodatnie...” – pisze jeden z lekarzy na forum internetowym. I właściwie każda procedura medyczna niesie za sobą ryzyko zakażenia ponad 30 potencjalnie niebezpiecznymi patogenami, jak wirusy zapalenia wątroby typu B i C oraz HIV.

Ponad 78 proc. przypadkowo zakłutych pracowników ochrony zdrowia w naszym kraju nikomu tego faktu nie zgłasza. – W Polsce szacunkowo dochodzi rocznie do 37 tys. zakłuć ostrym sprzętem medycznym, czyli do ok. 100 zakłuć dziennie. Trzeba powiedzieć jasno, że w polskich szpitalach nie ma mechanizmów pozwalających na precyzyjne monitorowanie takich zdarzeń, wobec czego rzeczywista ich liczba może być całkiem inna – mówiła podczas Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej dr hab. n. med. Maria Gańczak z Zakładu Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko 20-25 proc. przypadków ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny jest zgłaszanych przez pielęgniarki i ekipy sprząające, zaś przez lekarzy jedynie 2 proc. Tak duży odsetek zakłuć, a jednocześnie niska zgłaszalność takich zdarzeń to wynik braku

wystarczającej świadomości na temat zagrożeń, jakie może nieść ze sobą ekspozycja zawodowa. To również brak jednolitego systemu zgłaszania i monitorowania tego rodzaju wypadków.

Według wytycznych

10 maja 2010 r. uchwalono Dyrektywę Rady UE 2010/32/UE, która reguluje szczegółowe kwestie związane z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy personelu opieki zdrowotnej. W Polsce proces implementacji tego aktu prawnego ma się zakończyć najpóźniej do 11 maja 2013 r. Organem odpowiedzialnym za koordynację działań związanych z implementacją dyrektywy jest Ministerstwo Zdrowia.

– Implementacja Dyrektywy 2010/32/UE pomoże wyznaczyć minimalny standard dla wyrobów zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem oraz szczegółowo określić procedury poekspozycyjne. Jednocześnie przyczyni się ona do eliminacji stosowania zagrażającego zranieniem ostrego sprzętu medycznego i zastąpienia go bezpiecznymi wyrobami medycznymi. Powinny zostać również ustanowione skuteczne kary finansowe dla pracodawców za nieprzestrzeganie przepisów bezpieczeństwa pracy – podkreślał w czasie kongresu prof. dr hab. Andrzej Gładysz, były Konsultant Krajowy ds. Chorób Zakaźnych, przewodniczący Rady Naukowej Kongresu Ekspozycji Zawodowej.

Jak postępować

W Polsce brakuje ujednoliconego modelu postępowania poekspozycyjnego. Zazwyczaj zaleca się podjęcie następujących kroków:

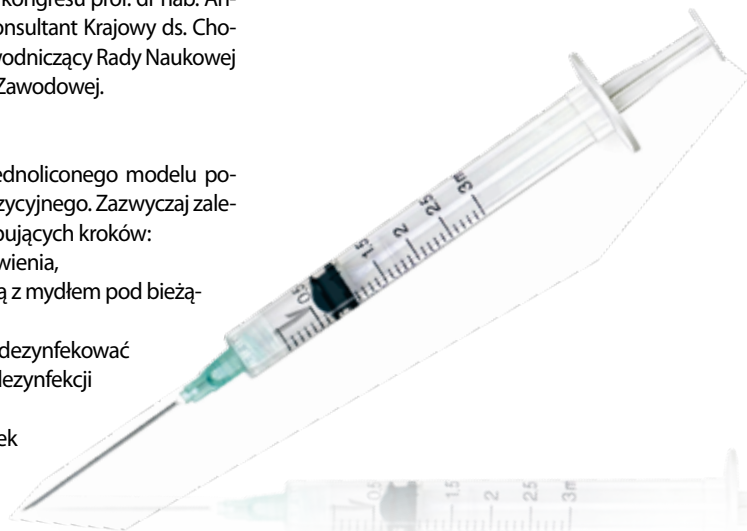
- 1) nie tamować krwawienia,
- 2) ranę przemyć wodą z mydłem pod bieżącą wodą,
- 3) zranione miejsce zdezynfekować preparatem do dezynfekcji skóry,
- 4) założyć opatrunek na ranę,

5) zastosować profilaktykę poekspozycyjną w oddziale zakaźnym.

Osoba, która uległa ekspozycji, niezwłocznie powinna zgłosić takie zdarzenie osobie odpowiedzialnej za odnotowywanie tego typu wypadków w pracy. Należy też jak najszybciej – nie później niż 48 godzin po ekspozycji – zgłosić się do lekarza, by wykonać niezbędne badania.

Czas na zmiany

Ryzyko ekspozycji zawodowej, problem zakłuć, zachłapania krwią w wielu polskich szpitalach to kwestie bagatelizowane. Ujednolicenie norm prawnych, wdrażanie działań zapobiegawczych, a także stworzenie systemu pomocy wobec już zakażonych na pewno przyczyniłoby się do zwiększenia komfortu i bezpieczeństwa pracy lekarzy i pielęgniarek, a także wpłynęło na zmniejszenie skali tego problemu. Rada Ekspertów Ogólnopolskiego Kongresu Ekspozycji Zawodowej podpisała już „Deklarację poparcia Dyrektywy 2010/32/UE” i zobowiązała się dołożyć wszelkich starań, aby w miarę możliwości przyspieszyć i usprawnić proces implementacji nowych przepisów, a tym samym przyczynić się do poprawy istniejącej sytuacji zagrożeń. ■



Szymon Jusiel

Komentarz prawnika

10 maja 2010 r. Rada Unii Europejskiej, uwzględniając wniosek Komisji Europejskiej, przyjęła Dyrektywę 2010/32/UE. Zgodnie z art. 1 Dyrektywa ta stanowi wykonanie umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej podpisanej 17 lipca 2009 r. przez europejskich partnerów społecznych HOSPEEM (Europejskie Stowarzyszenie Pracodawców Szpitalnictwa i Opieki Zdrowotnej) oraz EPSU (Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych). Na podstawie art. 3 Dyrektywy państwa członkowskie zostały zobowiązane do wprowadzenia w życie przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych, koniecznych do wykonania tej Dyrektywy lub do zapewnienia wprowadzenia koniecznych środków na podstawie umowy przez partnerów społecznych do 11 maja 2013 r. Z kolei art. 2 omawianej Dyrektywy wskazuje, iż sankcje za naruszenie krajowych przepisów ustanowionych na podstawie Dyrektywy określają państwa członkowskie.

Podstawowe cele

Dyrektywa 2010/32/UE odwołuje się do umowy ramowej podpisanej przez HOSPEEM i EPSU, w której wskazane są w sposób szczegółowy m.in. cele przyświecające przyjęciu Dyrektywy przez Radę Unii Europejskiej (Klauzula 1).

- Zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy.
- Zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą).
- Ochrona pracowników narażonych.
- Przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do monitorowania.
- Wprowadzenie procedur w zakresie reagowania i działań następczych.

Dla kogo dyrektywa

Z punktu widzenia osób zainteresowanych, istotną kwestią jest wyraźne wskazanie zakresu zastosowania umowy z 17 lipca 2009 r. (a w konsekwencji Dyrektywy). Zakres ten jest szeroki i obejmuje

wszystkich pracowników sektora szpitali i opieki zdrowotnej oraz wszystkie osoby pracujące pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców. Ponadto wskazuje się, iż pracodawcy powinni dążyć do zapewnienia przestrzegania postanowień ww. umowy przez wszystkich podwykonawców (Klauzula 2). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że analizowana umowa zawiera definicje m.in. pracownika, pracodawcy oraz podwykonawcy (Klauzula 3). Przez pracowników rozumie się zatem wszystkie osoby zatrudnione przez pracodawcę, w tym stażystów i praktykantów zaangażowanych w świadczenie usług i działalność mającą bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. Do pracowników w rozumieniu analizowanej umowy zalicza się także pracowników zatrudnionych przez agencje pracy tymczasowej w rozumieniu Dyrektywy Rady 91/383/EWG.

Do odrębnego rozważenia pozostaje natomiast kwestia, czy wspomniana umowa (i tym samym Dyrektywa 2010/32/UE) ma także zastosowanie do osób wykonujących czynności na podstawie innego stosunku, niż stosunek pracy (umowa zlecenie, kontrakt etc.). Tego typu formy świadczenia pomocy medycznej przez lekarzy i pielęgniarki są bowiem coraz bardziej popularne, przy czym udział osób wykonujących czynności poza klasycznym stosunkiem pracy będzie wzrastał, także w jednostkach publicznych.

Jej znaczenie

Z uwagi na obszerność materii objętej zakresem regulacji trudno jest w sposób zwięzły dokonać szczegółowej analizy wszystkich zagadnień będących przedmiotem umowy z 17 lipca 2009 r. (i tym samym Dyrektywy). W wielkim skrócie można jedynie nadmienić, iż regulacja ta obejmuje takie zagadnienia jak m.in. oceny ryzyka, eliminowanie, zapobieganie i ochrona, informacja i zwiększanie świadomości, szkolenia, sprawozdawczość, reagowanie i działania następcze, wykonanie.

Na podstawie art. 3 Dyrektywy państwa członkowskie zostały zobowiązane do wprowadzenia w życie stosownych przepisów do 11 maja 2013 r. Warto jednak zauważyć, że w wielu placówkach funkcjonują wewnętrzne procedury postępowania także w przypadku tzw. ekspozycji. Ogromną rolę w tym względzie odgrywają zespoły kontroli zakażeń w poszczególnych jednostkach. Jednak niezależnie od tego, czy w danej placówce istnieją stosowne wewnętrzne procedury, fakt wystąpienia tzw. ekspozycji winien być (także w interesie osoby, której problem dotyczy) zgłaszany zespołowi kontroli zakażeń. W takiej sytuacji można liczyć na fachową i rzetelną pomoc osób, które profesjonalnie zajmują się sprawami zakażeń.

Istotną kwestią dla wdrożenia właściwego trybu postępowania jest także rodzaj materiału zakaźnego oraz charakter kontaktu z tym materiałem. Generalnie przyjmuje się, że ekspozycje można podzielić na te, które nie wymagają szczególnego postępowania oraz ekspozycje wymagające takiego postępowania oraz obserwacji. Niemniej jednak w każdym przypadku warto zwrócić się o fachową pomoc, najlepiej do właściwego zespołu kontroli zakażeń. Zespoły te tworzone są na podstawie ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234, poz. 1570 z późn. zm.). Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 omawianej ustawy kierownicy szpitali lub zespołów zakładów opieki zdrowotnej, w których skład wchodzi szpital, są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych.

Na podstawie art. 15 ust. 1 pkt 1-3 ww. ustawy w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi:

- 1) lekarz jako przewodniczący zespołu;
- 2) pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych;
- 3) diagnosta laboratoryjny jako specjalista do spraw mikrobiologii, jeżeli lekarz, wymieniony w pkt 1, nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej.

Na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 1-4 do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli kierownikowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych;
- 3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- 4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Zasady postępowania w przypadku wystąpienia tzw. ekspozycji mogą być zatem tworzone w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia w oparciu o wewnętrzne procedury. Duże pole do działania w tym względzie mają zespoły kontroli zakażeń, które w ramach swych możliwości takie procedury mogą wdrażać. ■

Autor jest adwokatem specjalizującym się w obsłudze podmiotów leczniczych i prawie medycznym.

Jeszcze jest wiele do zrobienia



Medycyna rodzinna w polskim systemie ochrony zdrowia działa już 20 lat. Czy proces transformacji z tzw. modelu Siemaszki do instytucji lekarza rodzinnego idzie w dobrym kierunku? Przypominamy o początkach tworzenia tej dziedziny medycyny w Polsce i rozmawiamy o jej obecnej kondycji z prof. Adamem Windakiem, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Wszystko zaczęło się na początku lat 90. XX w., na fali zmian polityczno-społeczno-gospodarczych, jakie dokonywały się w naszym kraju. System, w jakim działała ówczesna podstawowa opieka zdrowotna (tzw. model Siemaszki: pacjent sam musiał podjąć decyzję, do jakiego specjalisty się udać po pomoc) pozostawiał wiele do życzenia. Polska, wzorując się na rozwiązaniach świata zachodniego, zaczęła więc tworzyć instytucję lekarza rodzinnego, który zgodnie z założeniami nowego modelu powinien rozwiązywać ok. 80 proc. problemów zdrowotnych pacjenta, a jeśli sam nie jest w stanie pomóc, wówczas skierować go na konsultację do lekarza węższej specjalizacji.

Początki

Jeszcze w 1991 r. dyrektor Departamentu Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, dr hab. Rafał Nizankowski, powołał pierwszy Zespół ds. Lekarza Rodzinnego, a w czerwcu 1992 r., w Sejmie RP odbyło się

zebranie założycielskie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (rejestracja w sądzie nastąpiła w grudniu). W tym samym roku odbyło się też pierwsze szkolenie z zakresu medycyny rodzinnej – zorganizowało je CMKP w Warszawie. W 1993 r. kilkunastu nauczycieli akademickich wyjechało na szkolenie do uniwersytetów w Wielkiej Brytanii, Holandii, Danii i Hiszpanii, a ówczesny minister zdrowia i opieki społecznej powołał 12 Regionalnych Ośrodków Kształcenia lekarzy rodzinnych. W 1994 r. otwarto w Żywcu pierwszą pilotażową polską poradnię lekarza rodzinnego. W grudniu zaś w warszawskim CMKP przeprowadzono pierwszy egzamin specjalizacyjny dla lekarzy rodzinnych.

Gdzie jesteśmy dziś?

– Zaczynając tę reformę, myśleliśmy, że proces transformacji podstawowej opieki zdrowotnej będzie trwać kilkanaście lat. Okazuje się jednak, że przed nami pozostało jeszcze wiele do zrobienia. Instytucja medycyny rodzinnej w naszym kraju jest bardzo niejednolita. Na przykład w Krakowie nie ma żadnej publicznej przychodni, w której przyjmują lekarze rodzinni – prowadzą oni jedynie prywatne praktyki. Z kolei w Warszawie jest jeszcze wiele publicznych przychodni – informuje Prof. Adam Windak, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Zwraca on uwagę także na inny istotny problem. – Cierpimy na niedobór lekarzy rodzinnych. W sumie wykształciliśmy ich 11 tys., ale niecałe 10 tys. jest aktywnych zawodowo. Obecnie zaledwie co drugi pacjent ma swojego lekarza rodzinnego. W POZ tylko

40 proc. stanowią lekarze rodzinni, reszta to pediatry i interniści. Dziś jeden lekarz rodzinny prowadzi nawet 4,5 tys. pacjentów – tak może być nawet w przypadku 10 proc. lekarzy rodzinnych czynnych zawodowo – a przecież według i tak wygórowanych polskich norm nie powinno być ich więcej niż 2,75 tys. Liczba pacjentów przypadająca na jednego specjalistę powinna być więc znacząco zredukowana – zauważa Prof. Adam Windak. Aby osiągnąć taki wynik, potrzeba więcej lekarzy tej specjalności. Okazuje się jednak, że zainteresowanie ze strony studentów medycyny specjalizacją lekarza rodzinnego wciąż pozostawia wiele do życzenia. – Rocznie przybywa nam ok. 600 lekarzy rodzinnych. Aby pokryć zapotrzebowanie w kraju, powinno pojawiać się ich dwa razy tyle. Właściwie co trzeci absolwent medycyny powinien wybierać taką specjalizację. Według naszych szacunków wolą oni jednak inne, węższe specjalizacje. W naszym społeczeństwie, a także wśród samych studentów wciąż rozpowszechniona jest opinia, że lekarz rodzinny to lekarz gorszej specjalizacji. To głęboko niesprawiedliwe. Mamy, jako całe środowisko medyczne, jeszcze wiele do zrobienia. Trzeba przede wszystkim stworzyć pozytywny obraz lekarza rodzinnego jako specjalisty takiego samego jak choćby kardiolog, tyle, że z innym obszarem kompetencji. Trzeba także ułatwić start zawodowy młodym lekarzom zainteresowanym tą specjalizacją. Rzeczywistość na 2012 r. jest jednak taka, że mamy dla nich po jednym miejscu na rezydenturę w każdym województwie – alarmuje nasz rozmówca. Według Światowej

Medycyna rodzinna funkcjonuje najlepiej w **Holandii, Danii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii** oraz w krajach skandynawskich.

Organizacji Zdrowia w okresie kryzysu finansowego lekarz rodzinny jest filarem bezpieczeństwa dla całego społeczeństwa.

Problemy dnia codziennego

Jednak medycyna rodzinna to nie tylko braki kadrowe. Patrząc na to, jak obecnie funkcjonuje instytucja lekarza rodzinnego w Polsce, można odnieść wrażenie, że teoria nieco rozminęła się z praktyką. – Na początku funkcjonowania tej specjalizacji lekarz rodzinny miał znacznie szerszy zakres kompetencji. Z czasem, pod wpływem różnych sił interesu, a także rozrastającej się biurokracji, zaczęło się to zmieniać. Dziś musimy walczyć, aby faktycznie mógł rozwiązywać większość podstawowych problemów zdrowotnych pacjenta, jednak często brakuje nam narzędzi, choćby tych diagnostycznych, do udzielenia pełnej pomocy. Na przykład w przypadku konieczności wykonania badania spirometrycznego musimy kierować pacjenta do poradni pulmonologicznej, a tam całe dalsze postępowanie przejmuje specjalista, mimo, że często z powodzeniem mógłby to robić lekarz rodzinny. Ciągłe jeszcze pomiędzy lekarzami różnych specjalności brakuje efektywnej wy-

W MAJU, Z OKAZJI 20-LECIA FUNKCJONOWANIA instytucji lekarza rodzinnego w Polsce, odbył się jubileuszowy Kongres Kolegium Lekarzy Rodzinnych – największej organizacji skupiającej lekarzy tej specjalności. Do Warszawy na zjazd przybyło ponad tysiąc lekarzy rodzinnych z całego kraju. Na kongresie dyskutowano, w którym miejscu jest obecnie polska medycyna rodzinna, co już udało się zrobić, a co jest jeszcze przed nami. Lekarze zwracali także uwagę na szczególną rolę, jaką w okresie kryzysu finansowego przypisują im m.in. Komisja Europejska oraz Światowa Organizacja Zdrowia. Kongres był także okazją do zaprezentowania przez lekarzy rodzinnych własnego dorobku naukowo-badawczego.

miany informacji, porozumienia, czy wzajemnej pomocy. W efekcie pacjenci często uprawiają tzw. doctor shopping, lecząc się jednocześnie u kilku specjalistów, np. kardiologa i diabetologa, z których każdy przepisuje podobne, lub nawet te same leki, tyle, że ukryte pod różnymi nazwami handlowymi, a lekarz rodzinny nic o tym nie wie. To wszystkim utrudnia skuteczne działanie – ocenia Prof. Adam Windak.

Z jakimi jeszcze problemami na co dzień borykają się lekarze rodzinni w Polsce? – Niemal każdego dnia system ochrony zdrowia nas zaskakuje. Dotyka nas niestabilność regulacji, wchodzą nowe rozporządzenia, co chwilę następuje zmiana strategii funkcjonowania opieki

zdrowotnej. Mało tego, regulacje są niejasne i zdarza się, że w jednym województwie dane przepisy są interpretowane inaczej niż w innym. Przytłaczają nas też coraz to nowe obowiązki administracyjne, np. konieczność potwierdzania uprawnień pacjenta do danych świadczeń medycznych. Przykłady można mnożyć, wspominając choćby o ostatnim zamieszaniu związanym z refundacją leków. Chciałbym, aby przez następne 20 lat udało się w końcu zrealizować to, co zaczęliśmy tworzyć na początku lat 90., według wypracowanych wówczas standardów. Dziś mam poczucie, że nasza praca jest mocno ograniczona – podsumowuje konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. ■

reklama

MEDICS BIKE MEET 2012

- Ośrodek Doskonalenia Techniki Jazdy „Sobiesław Zasada Centrum” zaprasza wszystkich lekarzy - miłośników motocykli do udziału w imprezie szkoleniowo - integracyjnej „**Medics Bike Meet 2012**”. Impreza odbędzie się w dniach **29-30 września 2012** na terenie lotniska w Bednarach k/Poznań.
- Gwarantujemy m.in.:
 - profesjonalne zajęcia z zakresu doskonalenia techniki jazdy
 - doskonałą zabawę i sporą dawkę wiedzy praktycznej
 - adrenalinę podczas rywalizacji w zawodach „**Medics Bike Meet CUP**”
 - zajęcia dla dzieci i osób towarzyszących
 - atrakcyjne nagrody i upominki dla wszystkich uczestników
- Szczegółowy program spotkania dostępny jest na stronie internetowej: www.szc-zasada.pl
- Zgłoszenia przyjmuje i wszelkich informacji udziela biuro ośrodka: E-Mail: biuro@szc-zasada.pl, telefon : **+48 61 8156 001**.



„Sobiesław Zasada Centrum”, Bednary 17, 62-010 Pobiedziska

E-Mail: biuro@szc-zasada.pl, www.szc-zasada.pl

Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

Wyniki ogólnopolskiego badania opinii lekarzy i lekarzy dentystów – część 1

W okresie od listopada 2011 r. do lutego 2012 r. Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk przeprowadził ilościowe badanie opinii lekarzy na temat rozwoju zawodowego.

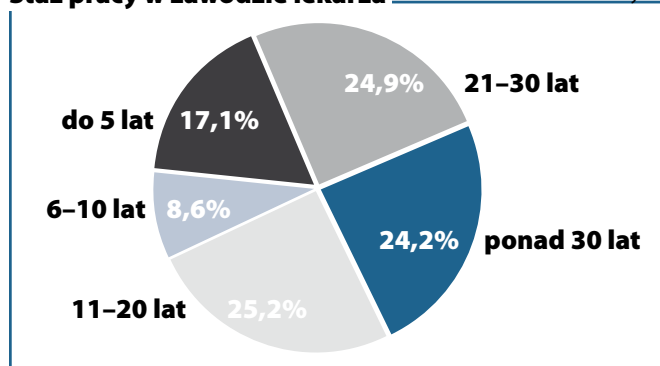
W badaniu zastosowano mieszany sposób zbierania odpowiedzi i uzyskano je od 837 osób. Jest to próba reprezentatywna dla naszego środowiska. Kształcenie zostało wskazane w badaniu pilotażowym jako najważniejszy temat dla naszego środowiska, co potwierdziło się w 993 odpowiedziach otrzymanych w ankiecie rekrutacyjnej. Na następnych miejscach znalazły się problemy związane z NFZ oraz z zarobkami i organizacją pracy.

Przy opracowywaniu badania założono, że jego celem powinno być zbadanie postaw i opinii związanych z doskonaleniem zawodowym, identyfikacja oczekiwań i postulatów, próba określenia poświęconego czasu i wydatków na doskonalenie zawodowe, opinia na temat specjalizacji deficytowych, nadmiarowych oraz preferowanych przez lekarzy i określenie szans oraz możliwości wynikających z uzyskania specjalizacji. Wyniki tego badania przedstawimy w kolejnych publikacjach w „Gazecie Lekarskiej”. Pełny raport jest dostępny pod adresem www.nil.org.pl w zakładce Działalność/Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji.

Kształcenie zostało wskazane jako najważniejszy temat dla naszego środowiska, **co potwierdziło się w 993 odpowiedziach** otrzymanych w ankiecie. Na następnych miejscach znalazły się problemy związane z NFZ.

Staż pracy w zawodzie lekarza

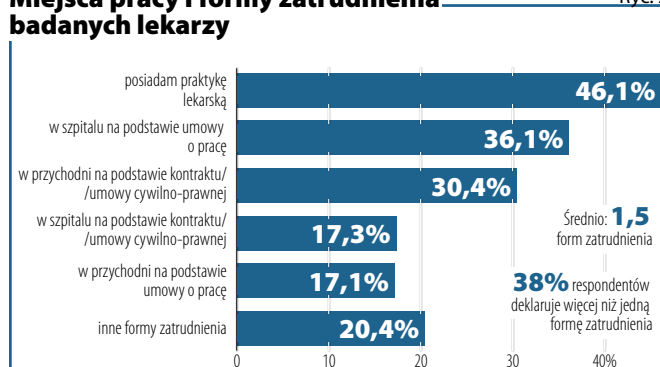
Ryc. 1



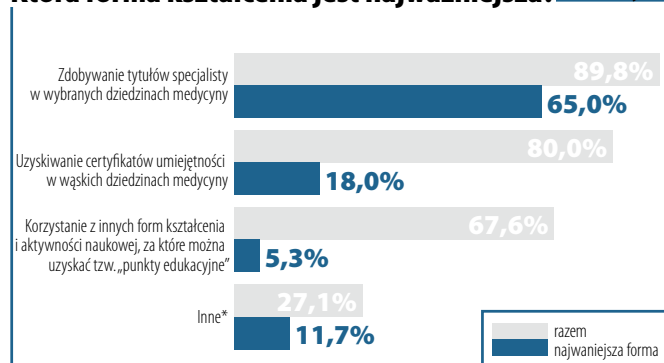
Staż pracy w zawodzie badanych osób dzieli się prawie równo pomiędzy kolejne okresy 10-letnie (Ryc. 1 - Staż pracy w zawodzie lekarza). W więcej niż jednym miejscu pracuje 38% respondentów (Ryc. 2 - Miejsca pracy i formy zatrudnienia badanych lekarzy).

Miejsca pracy i formy zatrudnienia badanych lekarzy

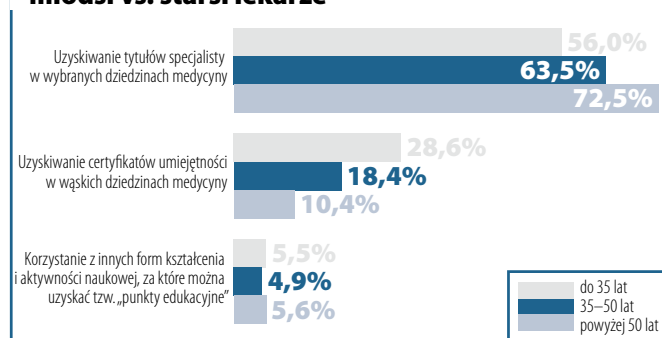
Ryc. 2



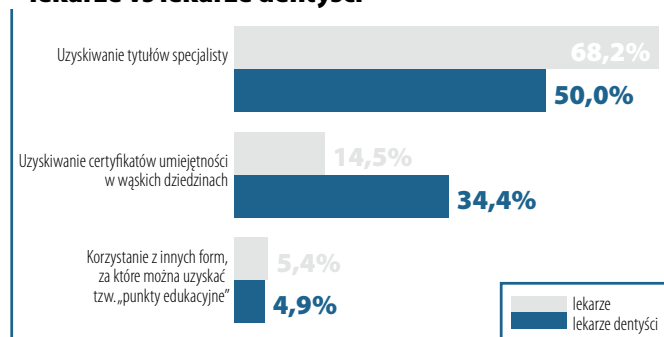
Która forma kształcenia jest najważniejsza? Ryc. 3



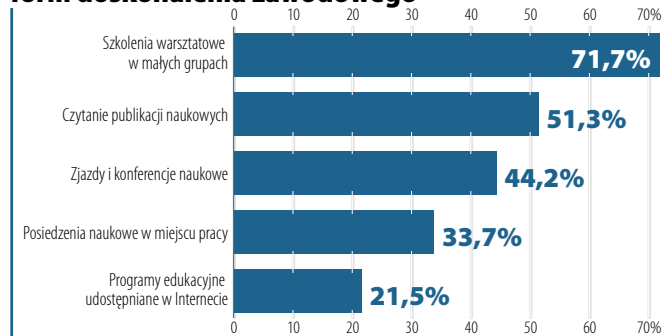
Która forma kształcenia jest najważniejsza – młodzi vs. starsi lekarze Ryc. 4



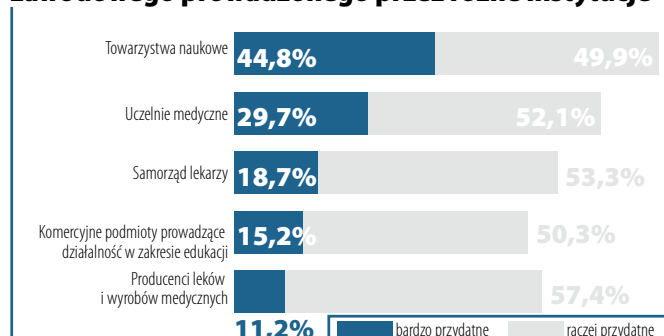
Która forma kształcenia jest najważniejsza – lekarze vs lekarze dentyści Ryc. 5



Ocena praktycznej przydatności form doskonalenia zawodowego Ryc. 6



Ocena praktycznej przydatności doskonalenia zawodowego prowadzonego przez różne instytucje Ryc. 7



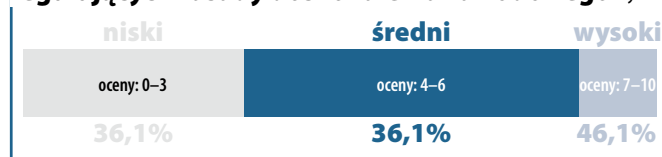
Rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów oznacza bardzo szeroki zakres aktywności i obejmuje kształcenie w zakresie specjalizacji, umiejętności oraz doskonalenie zawodowe. Zdobywanie tytułu specjalisty w wybranych dziedzinach medycyny jest zdecydowanie najczęściej, bo przez 65% badanych, uznawane za najważniejszą formę rozwoju zawodowego (Ryc. 3 - Która forma kształcenia jest najważniejsza). Jednak młodzi lekarze znacznie większą wagę niż starsi przywiązują do szkolenia w zakresie umiejętności, a mniejszą do specjalizacji (Ryc. 4 - Która forma kształcenia jest najważniejsza – młodzi vs. starsi lekarze), podobnie jak lekarze dentyści (Ryc. 5 - Która forma kształcenia jest najważniejsza – lekarze vs lekarze dentyści).

Szkolenia warsztatowe w małych grupach są najczęściej wskazywane jako bardzo przydatne w kontekście kształcenia lekarzy. Na drugim miejscu znalazło się czytanie publikacji naukowych, a dopiero na trzecim udział w konferencjach naukowych. Nadal względnie rzadko jesteśmy skłonni korzystać z edukacji poprzez internet (Ryc. 6 - Ocena praktycznej przydatności form doskonalenia zawodowego).

Towarzystwa naukowe są najwyżej oceniane w kontekście organizowania doskonalenia zawodowego lekarzy. Na drugim miejscu są uczelnie medyczne, co można interpretować jako duże zapotrzebowanie na kształcenie o ściśle naukowym charakterze (Ryc. 7 - Ocena praktycznej przydatności doskonalenia zawodowego prowadzonego przez różne instytucje). Młodzi lekarze wskazują szkolenia prowadzone przez towarzystwa naukowe jako najbardziej przydatne rzadziej niż lekarze starsi (35 vs. 55%).

W Polsce rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów jest regulowany licznymi przepisami prawa, przede wszystkim ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Zapytaliśmy o samoocenę poziomu znajomości tych przepisów i okazało się, że jest ona raczej niska (Ryc. 8 - Ocena poziomu wiedzy lekarzy na temat przepisów regulujących zasady doskonalenia zawodowego).

Ocena poziomu wiedzy lekarzy na temat przepisów regulujących zasady doskonalenia zawodowego Ryc. 8



Finlandia

– tradycyjnie zdecentralizowana

W Finlandii system ochrony zdrowia jest zdecentralizowany znacznie bardziej niż w innych europejskich krajach. Wynika to z dużego rozproszenia ludności. Tradycyjnie wiele decyzji zapada na szczeblu lokalnym.



Kierunki polityki zdrowotnej definiuje Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zdrowia. Przygotowuje przepisy i kluczowe reformy, nadzoruje ich implementację. Sektor zdrowia jednak nie jest zarządzany centralnie. Planowanie i realizacja usług zdrowotnych są zdecentralizowane: odpowiadają za nie gminy i rejony.

Finlandia podzielona jest na 21 rejonów opieki zdrowotnej z liczbą mieszkańców od 65 tys. do 1,4 mln. Odpowiadają one za specjalistykę medyczną i szpitale. W każdym działa jeden lub kilka szpitali. Rejon tworzy od 6 do 58 gmin. Są to wspólnoty samorządowe z rozległymi kompetencjami, zwłaszcza w szkolnictwie, opiece zdrowotnej i socjalnej. Należy do nich organizacja i utrzymanie centrów medycznych świadczących podstawowe usługi ambulatoryjne i ogólne szpitalne – samodzielnie lub z innymi gminami. Gmin jest ponad 400, zaś centrów – ok. 240.

Wielkość ośrodków i zakres usług zależy od populacji, zawsze jednak jest szeroki: podstawowa opieka ambulatoryjna i szpitalna, profi-

laktyka, stomatologia, położnictwo, ratownictwo medyczne, pediatria, opieka nad uczniami, planowanie rodziny, medycyna pracy, geriatrya, opieka długoterminowa, rehabilitacja.

Finansowanie – z podatków i ubezpieczenia

Wszyscy mieszkańcy Finlandii są objęci obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym i zdrowotnym; Fundusz Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (fiński skrót KELA) podlega parlamentowi. Fiński system ochrony zdrowia w większej części jednak jest finansowany z podatków (61 proc.), zaś z funduszu zaledwie w 17 proc.; reszta pochodzi z kieszeni pacjenta. Około 38 proc. funduszu zdrowotnego tworzą pracodawcy; w 2006 r. składka płacona przez pracodawcę wynosiła 25,9 proc. pensji brutto pracownika, a składka pracownika – 7,2 proc..

KELA pokrywa część kosztów świadczeń pracowniczych, leków, usług w prywatnym sektorze; finansuje zwolnienia chorobowe i urlopy macierzyńskie. Podstawowe usługi

zdrowotne finansują gminy. Same ustalają wysokość podatków i decydują, ile zainwestują w opiekę zdrowotną i jak ją zorganizują.

System prywatnych ubezpieczeń obejmuje ubezpieczenia dobrowolne, np. chorobowe dla dzieci i dorosłych, wypadkowe i turystyczne oraz obowiązkowe: motoryzacyjne i wypadkowe (dla pracodawców).

Trzy systemy

Współistnieją trzy odrębne systemy opieki zdrowotnej korzystające z publicznego finansowania:

- publiczna opieka zdrowotna organizowana przez gminy i rejony,
- służba zdrowia dla pracujących,
- prywatna opieka zdrowotna.

Zatrudnieni mają możliwość wyboru: 35 proc. korzysta z powszechnej opieki, 45 proc. uzyskuje porady medyczne w ramach opieki pracowniczej, 5 proc. leczy się prywatnie. Niezamożni i bezrobotni są zdani tylko na publiczną służbę zdrowia.

**Całkowite wydatki na zdrowie w % PKB;
na mieszkańca w USD**
(dane WHO 2008)

Finlandia	8,4	2979
EU15	9,96	3320
EU 12	6,42	1195
Polska	6,6	1162

Sytuacja zdrowotna

Lata	1970	2005
Oczekiwana długość życia, mężczyźni	66	76
Oczekiwana długość życia, kobiety	75	83
Śmiertelność noworodków (na 1000 ż.u.)	13,2	3,1

Zgony na 100 tys. ludności (dane z 2004)

Przyczyna	1985	2005
gruźlica	3,6	0
ChUK	515	374
nowotwory	194	201
ChUO	78	47
odalkoholowe	16	38

Najważniejsze problemy zdrowia publicznego to choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, choroby układu ruchu, cukrzyca i choroby psychiczne, a także otyłość, przewlekłe schorzenia płuc i cukrzyca, zwłaszcza typu 2.

**Tendencje w wydatkach
na ochronę zdrowia (2006)**

Wydatki publiczne w %	1980	2005
Państwo	38	21
Gminy	29	40
KELA	12	17

Personel medyczny (2006)

Personel medyczny	Ogółem	na 10 tys.
Lekarze	17 tys.	33
Dentyści	4,5 tys.	9
Pielęgniarki	76,3 tys.	150
Położne	3,7 tys.	7

Największy zakres usług zapewnia publiczna opieka zdrowotna (71 proc. wizyt ambulatoryjnych, 59 proc. stomatologicznych i 95 proc. opieki szpitalnej). Gminy są również odpowiedzialne za realizację licznych programów prozdrowotnych.

KELA refunduje 50 proc. kosztów ponoszonych przez pracodawców (maksymalnie do 60 EU na zatrudnionego na rok). Pracodawcy mogą wzbogacić obowiązkową ofertę świadczeń – i 90 proc. to czyni. Wszy-

scy pracownicy muszą być objęci profilaktyką zdrowotną. Większość pracujących korzysta z opieki pracowniczej i publicznej.

Sektor prywatny zaspokaja ok. 16 proc. ambulatoryjnych porad medycznych, 41 proc. stomatologicznych i 5 proc. świadczeń szpitalnych. Korzystanie z opieki prywatnej jest częściowo (w ok. 1/3) finansowane przez KELA.

Pacjent współpłaci

Od 1993 r. obowiązuje współpłacenie za usługi medyczne. Prawo określa maksymalną wysokość opłat pacjentów i roczny pułap wydatków na zdrowie. Na przykład opłata za poradę lekarską to 11 EU jednorazowo lub 33 EU jako roczny abonament (dane z 2007 r.). Porada specjalistyczna w rejonowym centrum szpitalnym to 22 EU za wizytę i 72 EU za zabieg chirurgiczny. Są też opłaty dobowe za pobyt w szpitalu. W przypadku opieki długoterminowej opłata pobierana od pacjenta nie może przekroczyć 80 proc. jego miesięcznych dochodów. Najniżej zarabiający nie są zwolnieni z opłat, mogą jednak otrzymać pomoc socjalną na ten cel. Powyżej ustawowo określonego pułapu (w 2007 r. było to 590 EU rocznie) świadczenia są bezpłatne. Opieka profilaktyczna nad matką i dzieckiem (do 18. roku życia) jest bezpłatna, podobnie szczepienia, badania okresowe, leczenie niektórych chorób zakaźnych (np. przenoszonych drogą płciową, gruźlica, WZW), sprzęt pomocniczy (wózki, balkoniki), protezy i transport między ośrodkowy w trakcie leczenia.

Opieka długoterminowa jest świadczona w szpitalach ogólnych przy gminnych centrach zdrowia, w zakładach pielęgniarstwa oraz w domu pacjenta. Od lat 90. zmniejsza się liczba zakładów opiekuńczych na rzecz opieki domowej. W 2005 r. 17 proc. osób powyżej 75. roku życia otrzymywało stałą opiekę w swoich domach, 7 proc. przebywało w zakładach pielęgnacyjnych lub szpitalach gminnych.

Pacjenci nie mają wyboru centrum zdrowia (z wyjątkiem gmin, gdzie ośrodków jest więcej) ani szpitala, natomiast mogą wybierać lekarza. W kraju działa ok. 150 organizacji pacjentskich, które dysponują budżetem ok. 60 mln EU. Ich główny cel to informowanie i wspieranie pacjentów, organizowanie dodatkowych usług, lobbying i prowadzenie badań.

Trzy poziomy refundacji leków

Leki są sprzedawane wyłącznie w aptekach (poza OTC i produktami z nikotyną dostępnymi w drogeriach). Leki recepturowe są refundowane na trzech poziomach: 42 proc., 72 proc. i 100 proc. (w limitowanych specjalistycz-

nych procedurach), refunduje je KELA – średnio w 67 proc. Pacjent pokrywa koszty leków do 630 EU rocznie (w 2007 r.). W 2006 r. na leki (w obrocie aptecznym i szpitalnym) wydano 2,4 mld EU, czyli 470 EU na mieszkańca. Stanowiło to 20 proc. wszystkich wydatków na ochronę zdrowia.

Lekarzy ciągle za mało

Lekarze kształcą się na pięciu uniwersytetach. Edukacja jest bezpłatna, trwa 6 lat. Po 2-letnim stażu w szpitalu i ośrodku zdrowia uzyskują licencję samodzielnego lekarza. Szkolenie specjalizacyjne trwa 5–6 lat. Wymagane jest kształcenie podyplomowe – w ciągu roku każdy pracownik medyczny powinien odbyć 3–11-dniowe szkolenie (załóżnie od zawodu).

W 2006 r. liczba praktykujących lekarzy wynosiła 17 000. Większość lekarzy w publicznej służbie zdrowia (otwartej i szpitalnej) to pracownicy etatowi, ale wzrasta popularność zatrudnienia na kontraktach. Stałą praktykę prywatną miało 30 proc. zatrudnionych w ośrodkach publicznych, tylko ok. 10 proc. pracowało wyłącznie w poradniach prywatnych.

W ciągu ostatnich 20 lat dwukrotnie wzrosła liczba studentów kierunków medycznych, wciąż jednak występują braki kadrowe, zwłaszcza w słabo zaludnionych prowincjach północnych.

Promocja zdrowia daje efekty

Prowadzona jest na poziomie centralnym i gminnym, wiele programów realizują organizacje pozarządowe (Fińskie Centrum Promocji Zdrowia skupia ich ponad 120) przy wsparciu gmin i zakładów pracy. W celu zmniejszenia konsumpcji używek nakłada się na nie wysokie podatki, prowadzi kampanie, ustawowo ogranicza np. palenie w miejscach publicznych.

Najważniejsze zadania zdrowia publicznego w gminach dotyczą zdrowia matki i dziecka. Efektem jest jedna z najniższych na świecie śmiertelność noworodków. Dzieci i młodzież są objęte staranną opieką profilaktyczną, także dentystryczną. Gminy odpowiadają za realizację powszechnego programu szczepień i programów przeciwnowotworowych. Większość organizuje skriningowe badania prenatalne w kierunku chorób dziedzicznych i wrodzonych. ■



Joanna Sokołowska

Najstarszy zawód świata

Rezolutne dziecko jednej z moich koleżanek lekarek na lekcji w klasie, wówczas IA, pochwaliło się przed panią oraz resztą świata: „Moja mama wykonuje najstarszy zawód świata!”. Wzbudziło tym radość nauczycielki i duże zainteresowanie wśród rówieśników. Pani anegdota podzieliła się z radą pedagogiczną i rodzicami chwaliłi. Uczniowie IA pewni tego, że mama kolegi para się magią, uprawiając zawód wróżki, a w najgorszym wypadku czarownicy, byli nieco rozczarowani uzyskanymi wyjaśnieniami.

Wychowawczynie IA za myśli niegodne pedagoga proponują, zgodnie z obowiązującym w czerwcu piłkarskim mobbingiem, wręczyć czerwoną kartkę.

Dzieciakom dają po zasłużonej „szóstce” – wszak współczesna szkoła ma nagradzać kreatywne myślenie i niestandardowe podejście do świata! Chłodna dziecięca logika wiodła je w dobrym kierunku – w kontekście społecznym pozycja plemiennego uzdrowiciela nie różni się znowu tak bardzo od sytuacji jak najbardziej współczesnego medyka.

Wszystkich, którzy się uśmiechnęli, informuję, że ich świadomość genderowa oscyluje w dolnej strefie stanów średnich, czyli mogą kandydować w kolejnych wyborach do parlamentu. Prawdopodobnie, gdyby dziecko powiedziało, że to tata para się najstarszą na świecie profesją, skojarzenie nie byłoby tak radośnie oczywiste. Usprawiedliwia was jedynie wychowanie w zmaskulinizowanej tradycji kultury europejskiej, gdzie symbolem medyków pozostaje nieogolony facet z kijem, wokół którego wije się gad.

Patron nowożytnej medycyny miał trudne dzieciństwo, co być może zdeterminowało jego dalsze losy. Charakter też miał nienajlepszy, taki uznawany za typowo męski. Tym, którzy zapomnieli, przypominam, że Asklepios, zwany też Eskulapem, był właściwie sierotą społeczną. Matka zmarła przy jego narodzinach, a tata – mitologiczny celebry-

ta Apollin – właściwie nie interesował się dzieckiem. Zamiast pod okiem fachowej opieki, mały Asklepiosek wychowywał się pod opieką kozy, która go wprowadziła karmiła, ale sama wymagała dozoru psa. Gdy trochę podrośł, ojciec oddał go do elitarnej szkoły centaury Chejrona – tak to już jest w świecie celebrytów... A że często dzieci zaniedbywane emocjonalnie przez rodziców starają się im udowodnić swoją wartość, szybko Asklepios zrobił medyczną karierę. Gdy poznał już wszystkie terapeutyczne sekrety swego nauczyciela, wygryzł go ze stanowiska naczelnego lekarza Hellady. Specjalnością prywatnej praktyki Eskulapa stało się przywracanie życia zmarłym – chwyt marketingowo niezły, ale na dłuższą metę nieopłacalny, bo nier refundowany przez prezesa greckiego panteonu. Jak wszyscy wiedzą, za nieprzestrzeganie umów z prezesem kara musi być – niepokorny medyk zginął rażony boskim piorunem...



Skandynawowie, którzy w kwestii równości płci pochodzą jakby z innej planety, w swojej mitologii odpowiedzialną za sztukę uzdrawiania uczynili kobietę, Eir – boginię obdarzoną cierpliwością i łagodnością. Do leczenia miała podejście holistyczne, oparte na przekonaniu, że leczyć trzeba człowieka, a nie chorobę. Swą medyczną wiedzę przekazała innym kobietom i to one głównie parały się medycyną w dawnej Skandynawii. Podobnie jak południowo-europejski kolega po fachu, Eir potrafiła leczyć śmiertelne rany, ale nie chwaliła się tym na lewo i prawo. Według nordyckiej mitologii nieśmiertelność zyskał dzięki niej jeden jarl Eyeris, co nie zaburzyło, jak w przypadku działalności Eskulapa, boskiego porządku na Ziemi.

Wprawdzie na temat urody i łagodności kobiet Wikingów zdania są podzielone, ale poziom medycyny północnej Europy w porównaniu z jej południem mówi sam za siebie...

Tym, którzy powiedzą, że na Europie świat, także medyczny, się nie kończy, przypominam o naszych zawodowych praprzodkach – lekarzach sumeryjskich. I tu opiekunką medycyny była kobieta, nomen omen bogini Baba, a patronką lekarzy kapłanów – bogini Gula.

Skandynawowie, którzy w kwestii równości płci pochodzą jakby z innej planety, w swojej mitologii odpowiedzialną za sztukę uzdrawiania uczynili kobietę.

Wyobrażano ją sobie jako siedzącą na tronie, ubraną w długą szatę i wysoką czapkę postać, z dłońmi podniesionymi w modlitewnym geście, z leżącym u stóp psem. Pod jej opieką cztery tysiące lat temu rozwinęła się wiedza medyczna z wyodrębnieniem specjalizacji, także zabiegowych, udokumentowana pozosta-wionymi zapisami recept i zaleceń lekarskich.

Tym, którzy nie czują związku ani z północą, ani z południem, ani też nie szukają protoplastów, muszę przypomnieć, że i my, pszenno-buraczani Słowianie, mamy swoją pogańską opiekunkę uzdrowicieli o pięknie szeleszczącym imieniu Żywia. Opisał ją jako boginię życia, narodzin oraz uzdrawiania, XII-wieczny saski proboszcz Helmold z Bozowa w „Chronica Slavorum”. Umieścił ją w słowiańskim panteonie, obok Radegasta i Prowe – „najpierwszych i najstarszych”. Zaraz potem ochoczo i nie całkiem pokojowo schryścianizował jej wyznawców, przyczyniając się do pogrzebania pamięci o obfitej w kształty bogini. Nasz znakomity kronikarz Jan Długosz zmienił Żywii płęć i przemianował na Siwę, ale jej przedstawienia oraz i inne imię – Cyca nie budzą chyba żadnych wątpliwości.

Drodzy czytelnicy! Nie macie już chyba wątpliwości, że wykonujecie najstarszy kobiecy zawód świata. To zawód, w którego wykonywanie wpisana jest empatia i towarzyszenie w cierpieniu narodzin, śmierci i tego, co pomiędzy nimi. Oczywiście dla zachowania politycznej poprawności, trzeba napisać dużymi literami, że to zawód genderowy, a u osób go wykonujących pierwiastki męskie i kobiece występują w idealnej niezależnej od płci biologicznej harmonii.

PS. Nie mogę sobie odmówić, by nie napisać jednak takim małutkim druczkiem, pod ostatnią gwiazdką, czegoś, co od lat leży mi na sercu – Kopernik, też przecież lekarz, na pewno była kobietą... ■

NOWOŚĆ

DOPPLER

HS-6000



Made in Japan

Skaner CYFROWY CR

- Niezawodny
- Tani
- Wydajny
(60zdjęć/min.)



**BIO CARE
FM-1**
Ktg do ciąży
bliźniaczej
i pojedynczej



HS-2100

- najlepszy
przenośny
ultrasonograf
BW
na świecie

Made in Japan

polrentgen®

03-287 Warszawa ul. Skarbka z Gór 67/16
tel. 22 / 855 52 60, fax 22 / 855 52 61
tel.kom. 695 980 190 NIP: 5210335459

www.polrentgen.pl

Spotkanie dziennikarzy samorządowych



Od dwóch lat, czyli od chwili, kiedy nastąpiły zmiany personalne w kolegium redakcyjnym i redakcji „Gazety Lekarskiej”, regularnie odbywają się spotkania dziennikarzy pracujących w pismach samorządu lekarskiego.

IKolegium Redaktorów Pism Izby Lekarskich odbyło się 19 maja w Zakrzowie opodal Gogolina. Organizatorami byli Prezes OIL w Opolu – dr Jerzy Jakubiszyn, przede wszystkim zaś dr Jerzy Lach – redaktor naczelny tamtejszego izbowego pisma.

W dorocznym spotkaniu wzięli udział dziennikarze z większości izb okręgowych. Gośćmi byli: redaktor Jacek Żakowski – publicysta „Polityki”, Bożena Łosowska, – przedstawicielka firmy BISMedia z Włocławka, odpowiadającej za wspólne pakowanie i adresowanie „Gazety Lekarskiej” oraz pism okręgowych oraz dr Paweł Susłowski – przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej naszego samorządu zawodowego.

Dyskusja w gronie specjalistów

Obecność pierwszego z gości była spowodowana tym, że intencją naszych spotkań jest między innymi edukacja dziennikarzy lekarzy. Spotkanie z wybitnym felietonistą, komentatorem prasowym i radiowym zostało bardzo wysoko ocenione przez koleżanki i kolegów. Część z nas była zaskoczona wiedzą na temat ochrony zdrowia, jaką nasz gość zaprezentował. W swoim wystąpieniu oraz w odpowiedzi na pytania mówił o tym, że ochrona zdrowia to nie jest problem finansowy, ale organizacyjny, z powodu braku w opiece zdrowotnej wykwalifikowanych menadżerów. W świadomości

społeczeństwa obraz ochrony zdrowia kształtuje nie rzeczywistość, ale media. Te są opieką zdrowotną zainteresowane, kiedy mówi się o kosztach albo o grożącej katastrofie. Redaktor Żakowski ocenił minioną kadencję rządu jako najgorszą dla ochrony zdrowia w historii. Jego zdaniem obecny minister nie zgadza się z tym, co robiła poprzedniczka, ale nie może tego głośno powiedzieć i próbuje „przepelznąć” do innej formuły. Ważną sprawą jest brak współpracy środowiska lekarskiego z organizacjami pacjentów. To prawda, wspólnie stanowilibyśmy siłę, z którą rządzący musieliby się liczyć. Obecność na spotkaniu Bożeny Łosowskiej miała na celu rozwianie wątpliwości, które powstały w chwili, kiedy wspólny kolportaż „Gazety Lekarskiej” i pism okręgowych ponownie przejęła NRL. Niezwykle ważną sprawą jest precyzyjne tworzenie przez izby okręgowe list adresowych lekarzy, do których ma pójść wysyłka. Kolportaż jest naszym największym wydatkiem i trzeba robić wszystko, aby jego koszty zmniejszać. Wokół tego problemu wywiązała się żywa dyskusja, której głównym wątkiem było odstąpienie od papierowych wydań na rzecz nowoczesnych form elektronicznych. Wydaje się jednak, że jest to przyszłość i to dość odległa, co nie oznacza, że nie należy już się do niej intensywnie przygotowywać.

Kolejną sprawą, która jest bolesną dla nas wszystkich, są zmniejszające się przychody z reklam i ogłoszeń. Dotyczy to nie tylko prasy samorządu lekarskiego, ale wszystkich redakcji, wydających tradycyjną, papierową prasę. Reklamy przenoszą się do mediów elektronicznych i do internetu. Tam trzeba szukać potencjalnych dochodów.

Nadchodzą wybory

Przewodniczący Krajowej Komisji Wyborczej, Paweł Susłowski, przyjął nasze zaproszenie, aby zapoznać redaktorów z rolą, jaką powinny odegrać nasze pisma w wyborach samorządu lekarskiego na kolejną kadencję. Wybory te mają po raz pierwszy odbyć się korespondencyjnie. Taka formuła jest przyjęta w wielu organizacjach na świecie, a także w Polsce. Przykładami mogą być lekarski samorząd zawodowy w Niemczech, a u nas Polska Akademia Nauk. Przywykliśmy do głosowania na zebraniach w rejonach wyborczych. Wszyscy wiemy, jakie bywały kłopoty z frekwencją. W części rejonów nie udawało się wyłonić delegatów na okręgowy zjazd lekarzy. Możliwość głosowania korespondencyjnego ma być lekarstwem na tę bolesną, choć z pewnością nie będzie panaceum. Uzgodniono, że pierwsze komunikaty o nowej formie wyborów i kalendarzu wyborczym powinny ukazać się w naszych pismach w ich wrześniowych wydaniach. ■

LUNAR

*Zaufanie
w medycynie*

Twój Dystrybutor

Sprzętu Medycznego

profilaktyka **OSTEOPOROZY**

DPX BRAVO



PRODIGY PRIMO



**Wiosenna
Rewolucja Cenowa**
GE Healthcare

GRATIS dla Ciebie

STACJA ROBOCZE

PROJEKT
OSŁON STAŁYCH

TESTY
AKCEPTACYJNE

KARTA
PREZENTOWA

LUNAR DPX BRAVO

GE Healthcare

Doskonały densytometr rentgenowski wykonujący badanie gęstości kości w dwóch najbardziej narażonych na ubytek masy kostnej miejscach, biodra i kręgosłupa. Konstrukcja pozwalająca na wykonywanie badań przy ograniczonej powierzchni gabinetu. Obracane ramię oraz niska wysokość stołu, gwarantuje maksymalny komfort dla pacjenta jak również dla operatora.

LUNAR PRODIGY PRIMO

GE Healthcare

PRODIGY PRIMO to przełomowy pod względem rozwiązań technologicznych system należący do rodziny DEXA iFan Beam - wiązka wachlarzowa wąsko skolimowana. Densytometr PRODIGY PRIMO wyposażono w technologię SmartFan™ - kompilację rozwiązań użytych w klasycznej serii densytometrów DPX i wiązki wachlarzowej

**PROMOCJA
TYLKO
U NAS**

GEMED
Autoryzowany dystrybutor
Sprzętu Medycznego

ul. Sowińskiego 50

40-018 Katowice

+48 32 251 18 35

+48 609 333 288

sprzedaz@gemed.info.pl

www.gemed.pl

**specjalna
oferta
na USG
i echokardiografy**

>>> sprawdź



ULTRASONOGRAFIA

Sławomir
Pietras

Czterech synów miał tata...

Nazywał się Anatol Podstawski i pochodził z niewielkiej osady górniczej Wojkowice Komorne. Studia odbył przed wojną w Poznaniu na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu, który założył – „gdy Polska wybuchła” – prof. dr Heliodor Świącicki, też lekarz.

Po studiach pan Anatol ożenił się z piękną panną Zofią Hożelską, z rodziny niebiednej, a sam jako młody chirurg zaczął ordynować w niewielkim starym szpitalu w Czeladzi. Przystojny, zdolny, pracowity i rzetelny, szybko zyskał rozgłos i zaufanie u pacjentów. Władza ludowa powierzyła mu na długie lata dyрекcję nowo wybudowanego szpitala przy drodze z Czeladzi do rodzinnych Wojkowic.

Pierworodny syn Andrzej przyszedł na świat tuż po wojnie, a w rok później urodził się również dorodny Witold. W kilka lat później, będąc przy nadziei urodzenia córki pani Zofia, powiła trzeciego syna – Janka. Pojawienie się czwartego – Leszka – przypieczętowało rodzinną chwałę Podstawskich, że w tym stadle rodzą się tylko mężczyźni, odwrotnie niż w piosence o młynarzu ze Zgierza.

Od najwcześniejszego dzieciństwa Lesiu był maskotką rodziny, Janek chłopakiem wielce rezolutnym, Witek młodzieńcem poważnym i skupionym, zaś Andrzej przyjacielem pogodnym, dowcipnym i wszechstronnie utalentowanym. Wiem o tym dobrze, bo w będzińskim liceum „Kopernika” siedzieliśmy w jednej ławce. Chodziliśmy razem na modne wówczas i podniecające wagary, ale również na spektakle teatralne i operowe do Katowic oraz Bytomia, gdzie pod dworcem kolejowym po raz pierwszy zobaczyliśmy pewnego razu prawdziwe, chętne i niedrogie ... ladacznice.

Rok po nas edukację w „Koperniku” rozpoczął Witold, w kilka lat później Janek, a po nim – nie mając już innego wyjścia – najmłodszy Leszek. Tak więc czterech synów dra Anatola Podstawskiego otrzymało maturę w liceum im. Kopernika w Będzinie, gdzie fizyki nauczyła ich żyjąca do dziś prof. Zofia Król, dzięki czemu mogli bez przeszkód rozpocząć studia na Akademii Medycznej w Poznaniu. Ojciec nie wyobrażał sobie bowiem lepszego miejsca dla lekarskiej edukacji swoich sokołów niż to, w którym sam otrzymał ostrogi medyczne, studiując przed laty w Poznaniu.

W młodości wiele zawdzięczałem tej rodzinie. Doktorostwo Podstawscy prowadzili dom na dobrym poziomie zagłębiowskiej inteligencji w dziwnych i trudnych czasach doby gomułkowskiej. Młodzież trzymana był silną ręką Ojca – słynnego chirurga i Matki łagodnej, ale kiedy trzeba energicznej pani domu. Jako przyjaciel najstarszego syna dopraszany bywałem na różne uroczystości domowe i spotkania towarzyskie, aby razem z chłopcami usługiwać gościom, podawać, dolewać i donosić do stołu. Był to piękny obyczaj, zachowujący elegancję przyjąć bez udziału służby złe widzianej, a nawet podejrzananej w czasach realnego socjalizmu.

Należało również obywać się bez pomocy szofera. Często więc M-20 Warszawę (któż pamięta ten zabytkowy wehikuł!) prowadził na polecenie ojca mój przyjaciel Andrzej. Czasem udawało się gdzieś jechać bez wiedzy taty. O pierwszych randkowych sukcesach tych eskapad wolę jednak nie wspominać, zasłaniając się upływem czasu i brakiem pamięci. Andrzejowi i Witkowi zawdzięczałem koleżeńską perswazję, że na Wydziale Prawa należało studiować w Poznaniu, a nie w Krakowie, dokąd po matu-

rze powędrowałem z rodzinnego Zagłębia. U nas w Poznaniu – tłumaczyli w liście – jest opera, w której przez cały tydzień grają codziennie coś innego, a nie jak w Krakowie tylko w niedzielę popołudniu i w poniedziałek ciągle tą samą „Lacmę”.

Posłuchałem ich i nie żałuję. Po studiach Andrzej najpierw pływał po morzach jako lekarz okrętowy, potem jako chirurg pracował w szpitalu siemianowickim, odrzucając propozycję ordynatury w Czeladzi, gdzie niegdyś dyrektorem był jego ojciec. Witek pozostał w Poznaniu związany z kliniką przy ulicy Długiej. Niestety od niedawna nie żyje.

Jasia spotkałem przed kilkoma tygodniami na zjeździe koleżeńskim z okazji 110-lecia naszej szkoły. Mam do niego szczególny sentyment, bo na prośbę doktorowej Podstawskiej nauczyłem go w dzieciństwie grać na fortepianie do etapu amatorskiego koncertowania. Od lat mieszka i pracuje też jako chirurg w Zakopanem, ale o karierze pianistycznej jakoś nie wspomina.

Oboje doktorostwo Podstawscy spoczywają już na zakopiańskim cmentarzu. Ich najmłodszy syn Leszek, dziś już pewnie siwiejący, osiadł na stałe w Nowej Soli i tam skutecznie leczy ludzi.

Spyta ktoś, jaki to wszystko ma związek z hasłem „Sztuka i medycyna”. Ano – ma! Wielką sztuką jest dobrze wychować i wykształcić tak liczne potomstwo dla medycyny. Szkoda, że w naszej ojczyźnie, a zwłaszcza w naszych czasach zamiast pamięci i zaszczytów pozostaje z tego tylko trawestacja starej polskiej piosenki: „Czterech synów miał tata, stary chirurg z Czeladzi...” ■

*Autor jest dyrektorem
polskich teatrów operowych.*

Gwarantem położna



Artur
Andrus

Dwa najważniejsze pytania, jakie pojawiają się, kiedy człowiek zabiera się do pisania, to:
1. O czym to ma być?
2. Jaki to ma mieć tytuł?

Kiedy już się wymyśli, że będzie to na przykład mroząca krew w żyłach historia psychopatycznego mordercy, zostawiającego na miejscu każdej kolejnej zbrodni pluszowego Misia Uszatka, bohatera starej dobranocki, który do klapniętego uszka ma przypiętą kartkę z napisem: „Ciocia Chrum-Chrum nie żyje!”, reszta już pójdzie łatwo. I 300 stron się napisze. Kłopot zacznie się znowu podczas wymyślania tytułu. Można użyć cytatu, ale „Ciocia Chrum-Chrum nie żyje!” w zestawieniu z pseudonimem autora – Stephen Warrior – może na okładce nie brzmieć zbyt poważnie.

Przypadkowo odkryłem skarbnicę pomysłów i tytułów, z której mógłbym korzystać latami, nie dzieląc się z nikim. Ale niech tam! Dla dobra literatury, odkryciem dzielę się ze wszystkimi, którzy przeczytają ten tekst. Otóż wystarczy przejrzeć tytuły konferencji medycznych odbywających się przez cały rok w wielu miejscach naszego kraju. Na pomysł wpadłem, kiedy dowiedziałem się, że jedna z nich nosi tytuł „SEPSA w Zamku Książ”. Przecież to rarytas! Może być kryminał, może być thriller, a nawet skoczna piosenka kabaretowa:

*Przedstawiciele szwedzkiego dworu,
Mają tysiące przeróżnych chorób,
A u nas tylko, a u nas wciąż,
SEPSA w Zamku Książ.*

Albo przyśpiewka ludowa:

*Miałam ci ja męża,
A tu ci mój mąż,
Latami miał SEPSĘ
I to w Zamku Książ.*

Wyobrażam sobie, że taki utwór spokojnie mógłby znaleźć się w repertuarze Zespołu Pieśni i Tańca „Dochtór Dokoluśka” złożonego z personelu medycznego któregoś z dolnośląskich szpitali powiatowych. I, co może zaskakujące – „sepsa” w tym wypadku wcale nie musi być pojęciem medycznym. W takiej konwencji można wmówić słuchaczowi, że „sepsa” to gwarowe określenie kochanki, używane przez mieszkańców wsi w okolicach Wałbrzycha do końca pierwszej połowy XIX w.

Sprawdziłem w Internecie i znalazłem jeszcze kilka ciekawostek. W Katowicach odbywa się konferencja „Dekada Kości i Stawów”. Też by się wymyśliło jakiś horror. Drugi tom nosiłby tytuł „Milenium więzadeł”. A w Poznaniu można uczestniczyć w sympozjum pod tytułem: „Miski Otyłości”. Zaklepuję sobie! Już mam pomysł na powieść, której akcja rozgrywa się w czasie karnawału w Wenecji i będzie studium nieumiarkowanego konsumpcjonizmu współczesnych Europejczyków.

Myślę, że ten tekst może się stać początkiem ścisłej współpracy środowiska literatów i lekarzy. Bo w drugą stronę to też działa – przygotowując konferencję medyczną, można spojrzeć na tytuły książek dostępnych na rynku i również czerpać pełnymi garściami. Przykłady? Zajrzałem na listę bestsellerów księgarni internetowej. I oto moje propozycje (wiem, że bez sensu, ale jakiś fachowiec na pewno to dopasuje, ja podaję tylko mechanizm korzystania z tytułu): „Mariusz Szczygieł »Laska Nebeska«, czyli czeski przemysł opatrunkowy”, „Jodi Picoult »Głos serca« – kardiologia wczoraj i dziś”, „George R.R.Martin »Nawałnica mieczy, tom 2

– Krew i złoto« – 10 lat Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Żarty żartami, ale za bardzo zamykamy się we własnych światach, za mało korzystamy z inspiracji płynących z tych, nie tak przecież odległych, rejonów. Staram się to zmieniać. Kiedyś występowałem dla uczestników (a raczej uczestniczek) konferencji „Położna Gwarantem Sprawnej Opieki Położniczej i Ginekologicznej”. Było to bezpośrednio po nieprzyjemnych wydarzeniach, kiedy podczas Święta Niepodległości starli się ze sobą uczestnicy dwóch demonstracji. Mogłem po prostu napisać jakieś przesłanie typu:

*Stójcie! Ani kroku dalej!
Na rogu Kruczej i Alej
Z różą w zębach stoi Hania,
Żywy symbol pojednania.*

Ale pomyślałem, że nie mogę nie brać pod uwagę miejsca i czasu, w którym się znalazłem. Dlatego powstało coś takiego:

*Może gdyby ksiądz z monstrancją?
A za księdzem słyby chóry?
Może byłyby gwarancją
Społecznej kultury?
Może sąd z prokuratorem
Sprawia, że bezpieczniej będzie?
Pan prezydent dziś wieczorem
Wygłosił orędzie:
„Ludzie! Przecież tak nie można!
Zwalczmy nasze wady liczne...
Całe szczęście, że Położna
Gwarantem Sprawnej Opieki
Położniczej i Ginekologicznej”. ■*

*Autor jest dziennikarzem radiowej „Trójki”,
konferansjerem i satyrykiem.*



Agata Morka

Królewski gest

O tym, że wyimaginowany król Karol miał gest i hojnie obdarowywał swą królową Karolinę biżuterią, każde polskie dziecko wie. Król Karol II Stuart, tym razem postać rzeczywista, o której dziś będzie mowa, również posiadał gest iście królewski, aczkolwiek w przypadku tego władcy Anglii i Szkocji, gest ten nosił w sobie ponoć cechy uzdrawiające.

Rycina Roberta White'a „Królewski dar uzdrawiania” z 1684 r. przedstawia króla podczas jednej z ceremonii uzdrowień, które jako że były one ściśle powiązane z liturgią kościelną, odbywały się zazwyczaj w okolicach Wielkanocy. Już w wiekach średnich powszechnie wierzone, że dotyk

chrześcijańskich królów Anglii i Francji, jako pomazańców boskich, jest w stanie uzdrowić ciężko chorych pacjentów, którym nie pomagały ówczesne praktyki medyczne. Tradycja była na tyle rozpowszechniona, że królewskie uzdrawianie stało się jednym z obowiązkowych zajęć króla, a ceremonia praktykowana była aż do XVII w. w Anglii i do roku 1825 we Francji.

Zastosowana przez White'a symetryczna kompozycja, z otwierającą się ku widzowi drogą wiodącą do królewskiego tronu, czyni z oglądającego aktywnego uczestnika spektaklu. Najważniejsze osoby rozgrywającej się sceny,

z królem na czele, patrzą wprost przed siebie, otwierając kompozycję ku widzowi i bezpośrednio angażując go w tajemnicę odbywającego się obrzędu. White stawia widza niemalże w pozycji chorego, zmierzającego w kierunku władcy, rozpaczliwie kuśtykającego wśród szpalerów zaintrygowanych gapiów, trzymany w ryzach przez wojsko.

Jaka choroba sprowadziła te tłumy ofiar przed oblicze królewskie? Na co lekarstwem był królewski dotyk? ■

Autorka jest doktorem historii sztuki.

Znajdź pięć szczegółów różniących obrazy. Specjalne pytanie dodatkowe w tym miesiącu brzmi: W jakim sławnym dramacie Szekspirowskim pojawia się nawiązanie do obrzędów uzdrawiania przez królewski dotyk?



Rozwiązanie poprzedniej zagadki

Oryginalnym obrazem był obraz B, a dentysta z grafiki Lucasa van Leydena to zdecydowanie bohater negatywny. Wyrwiząb urósł w wieku XVI do symbolu kręactwa i oszustwa oraz wykorzystywania naiwności pacjentów. Nieprzypadkowo to właśnie z tego okresu pochodzi powiedzenie dobrze znane i używane tak w Niderlandach, jak i we Francji: „kłamać jak wyrwiząb”.

A oto cztery szczegóły, które różnią opublikowane przez nas obrazy.

1. Ustawienie dłoni kobiety tak, by trzymała w nich szczypce z wyrwanym zębem.

Gdyby kobieta w istocie trzymała w dłoni szczypce z wyrwanym zębem, można by ją uznać za świętą Apolonię, patronkę stomatologów, która zginęła męczeńską śmiercią w czasie przesładowań chrześcijan. Jej oprawcy wybili Apolonii wszystkie zęby, następnie kobieta sama skoczyła na przygotowany już dla niej płonący stos. Kobieta z ryciny van Leydena świętą bynajmniej nie jest. Podczas gdy wyrwiząb egzaminuje użębienie udreżonego pacjenta, jego pomocnica równie wnikliwie diagnozuje zawartość jego sakiewki.

2. Usunięcie szmatki, którą trzyma w ręku pacjent.

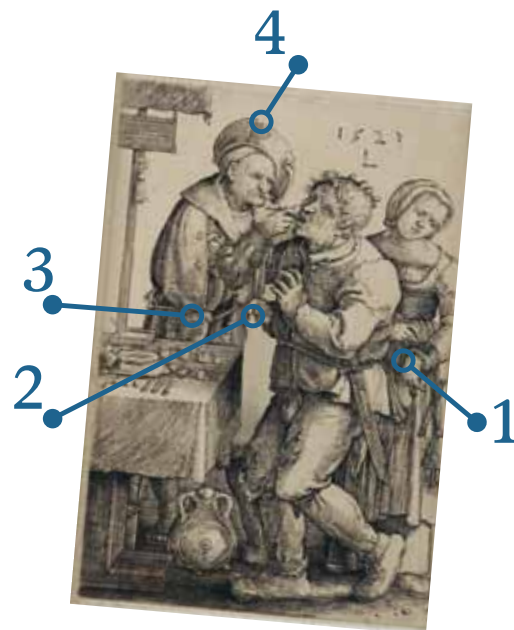
Szmatka, którą trzyma w ręku pacjent, służyć zapewne miała do ocierania krwi, która nieodmiennie towarzyszyła ingerencjom w użębienie pacjentów w tych czasach. Jedną z popularnych metod leczenia bólu zęba w wieku XVI było upuszczanie krwi, a także stosowanie ziołowych maści. Jeśli jednak te zabiegi nie pomagały, zęby usuwano.

3. Umieszczenie przy pasku dentysty grzebienia.

Średniowiecznym fryzjerom nieobce były podstawy stomatologii. W czasie jednej wizyty u takiego „wszechstronnego specjalisty”, niczym w pakiecie all inclusive, pacjent mógł pozbyć się nadmiernego owłosienia i bolącego zęba.

4. Usunięcie z czapki dentysty doczepionych elementów.

Czapka dentysty ozdobiona jest zębami mającymi dobitnie podkreślać jego skuteczność i znajomość rzemiosła, którym się para. Wyraz twarzy pacjenta, jak i pozbawione skrupułów zachowa-



nie pomocnicy dentysty, każe się jednak domyślać, że van Leyden pokazuje widzowi nie dobrze wykształconego adepta pierwszych praktyk stomatologicznych, a szarlatana, którego praktyka, zgodnie z XVI-wiecznym przysłowiem, oparta jest na kłamstwie. ■

Recenzja

Agnieszka Kania

Obawy i nadzieje

Nieśmiertelność” Andrzeja Szczeklika czytałam powoli. Czytając wolno, można poczuć magię, prześledzić wielowątkowe wywody, w pełni docenić Szczekliowskie połączenie sztuki i nauki. Kiedy odłożyłam tom szkiców, długo zastanawiałam się jeszcze, co naprawdę ukrywa się pod nurtem spokojnej narracji, pod pozorem niebawymale trzeźwej oceny osiągnięć współczesnej medycyny. To obawa – przyszło mi na myśl. Niepokój. Lęk, ale nie przed śmiercią (niech przewrotny tytuł nie zmyli czytelnika), tylko przed odhumanizowaniem medycyny – rezygnacją z rozmowy, niedocenieniem pierwszego spotkania lekarza i pacjenta. Dialog zastępuje się dziś układaniem szarad, a odpowiednio dobrane wyniki badań mają przynieść rozwiązanie. Gdzieś się zgubiła potrzeba zadawania

pytań. I uważnego słuchania. „Wszak każdy chory jest inny, każdy osobną zagadką, więc jakże patrzeć na niego przez przykładowe szablony” (s. 138) – przestrzega znakomity uczony.

Zaskoczyło mnie, że autor z takim przejęciem opisuje dawne rytuały Azteków. O ostatnich dniach „urodzinowego chłopca, którego skóra była bez skazy” (s. 29), opowiada tak sugestywnie, że czytelnik zamiera – w chwili, kiedy kapłan przebija pierś młodzieńca, wyjmując z niej

bijące jeszcze serce, aby to serce ofiarować bogom. „Że bogowie pragną takiej stawy, tym gorzej dla bogów” – napisał Zbigniew Mikołajko.

Z wielką ciekawością poszukiwałam historii i przyglądałam się ozdrowieńcom. Profesor wierzył, że podzielił się z nim wrażeniami stamtąd. Otarli się przecież o zaświaty, stoczyli walkę, szli powoli, liczyli każdy oddech. Lecz nie rozglądali się na boki. Ślepo powracali do życia. „Nieśmiertelność” to również opowieść o potrzebie spojrzenia wstecz. Opa-miętaj się, medycyno! – woła autor. ■



Gdzie realizm przenika się z abstrakcją

W secesyjnej scenerii Klubu Lekarza w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi, na odbywającej się tam X jubileuszowej Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, 60 artystów medyków z całego kraju zaprezentowało 200 swoich prac.



Tadeusz Wolski „Tsunami I”

Prowadzący wystawę prezes łódzkiej OIL Grzegorz Mazur powiedział, że rekordowe zainteresowanie udziałem w wernisażu to dowód na to, jak silne i trwałe są związki medycyny ze sztuką oraz jak wiele znaczy działalność na tym polu wśród lekarzy. Świadczy o tym również zainteresowanie publiczności, która gremialnie przybyła poznać ich twórczość. Kiedy 10 lat temu z inicjatywy Alicji Naruszewicz-Petrenko, lekarza dentysty z Łodzi, malującej pastelowe pejzaże, łódzka OIL zorganizowała wystawę prac malujących lekarzy po raz pierwszy, nikt nie przypuszczał, że urośnie ona do rangi imprezy, na której wypada być i się zaprezentować. Dziś Klub Lekarza w Łodzi jest mekką malarzy lekarzy, którzy nie tylko mogą czerpać radość ze swojej pasji w procesie tworzenia, ale podzielić się tą radością z innymi. W tym roku głosami publiczności wyróżniono prace łódzkiej lekarki Jolanty Kaflinśkiej-Wasiak, ale najbardziej spodobał się i otrzymał pierwszą nagrodę cykl obrazów

olejnych pędzla Tadeusza Wolskiego, lekarza anestezjologa i internisty z Warszawy, zatytułowany „Tsunami” oraz portret „Artysta”. Na pytanie, skąd czerpie inspiracje do swoich prac, dr Wolski odpowiedział, że tematem są wydarzenia, które najbardziej poruszają jego wnętrze. Cykl „Tsunami” dotyczy ostatniego kataklizmu w Japonii, ale jest także nawiązaniem do wielkiej powodzi, która nawiedziła Polskę w 1997 r. Laureat zaznaczył, że Japonia stała się tylko pretekstem do pokazania, co woda może zrobić nawet z najbardziej zaawansowaną cywilizacją. W jego artystycznym przekazie ten kataklizm ma więc wymiar uniwersalny, jest refleksją nad ludzkim losem, zależnym od kaprysów natury. – Chciałem pokazać, jak bezsilny bywa człowiek, kiedy na jego drodze stanie woda – tłumaczy autor obrazów. Dr Wolski maluje także martwą naturę, portrety, pejzaże, kwiaty. Nazywa siebie realistą, z zastrzeżeniem, że w sztuce nie ma czystych form. W zależności od stanu

emocji, ducha, sytuacji, w jakiej się znajduje, w jego malarstwie style te przenikają się. Maluje realistycznie, ale ten realizm buduje na podstawach abstrakcyjnych, stosując przy tym złote podziały, trzymając się żelaznych zasad obowiązujących w sztuce. Dr Wolski malowaniem obrazów zajmuje się od wielu lat, traktując swoją pasję jako relaks i rodzaj terapii od obciążeń zawodowych. Po tym, jak jego malarstwo spotkało się z pozytywną opinią znawców, został przyjęty do Związku Artystów Plastyków. Od roku jest artystą profesjonalnym i jeździ na plenery z uznanymi w tej branży. – Czuję się tam świetnie. Wstaję wczesnym rankiem i jak XIX-wieczni mistrzowie pędzla biorę sztalugi, farby i wyruszam w pole, a wieczorem wracam z namalowanym obrazem – opowiada o swojej pasji. Jego ulubionymi mistrzami są przede wszystkim malarze epoki Renesansu – np. Leonardo da Vinci, epoki Baroku – Caravaggio, Gustave Courbet i Rembrandt. ■

Radość tworzenia w uroczym dworku

W dniach 14-20 maja odbył się XII Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Po raz drugi zorganizowali go Członkowie Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji ORL w Szczecinie. Wydarzenie miało miejsce w nadmorskim Niechorzu, w ujmującym „Dworku Prawdzic” mieszczącym się praktycznie na granicy plaży.



FOTO: Archiwum OIL w Szczecinie

Dwudziestu pięciu uczestników pleneru doświadczyło urody tego miejsca. Wnętrze dworku tworzą niepowtarzalny klimat wypełniony obrazami, których wielką miłośniczką jest właścicielka tego obiektu, Jadwiga Karłowska. Lekarze – twórcy malujący – pracowali imponująco, do czego przyczyniła się niewątpliwie atmosfera, jaką sami wnieśli – pracy, sztuki, radości tworzenia, kultury osobistej i wzajemnej sympatii. W sobotę 19 maja, w plenerze piaskowym należącym do „naszego obiektu”, odbył się wernisaż. Wystarczy wyobrazić sobie

około 110 prac rozmieszczonych wśród zieleni, drzew, krzewów, kwiatów...

W trakcie plenerów nie jest praktykowana formuła rywalizacji czy nagród. Koleżanki i koledzy doskonalili swój warsztat pod opieką profesorów z licznych pracowni. Nie wyróżniano żadnych prac, a tym samym ich autorów. Być może będzie to miało miejsce w przyszłym roku; czynimy już starania o organizację wystawy malujących lekarzy w Salach Zamku Szczecińskiego.

Ogromne podziękowania należą się wspólnym uczestnikom pleneru za wspólnie spędzone

chwile, w szczególności dr Katarzynie Bartz-Dylewicz będącej „opiekunką grupy poznańskiej” oraz dr. Włodzimierzowi Cerańskiemu, animatorowi i liderowi wielu plenerów, który jest „szefem grupy warszawskiej”, a także mojemu przyjacielowi, dr. Mieczysławowi Chruścielowi za współorganizowanie tego wydarzenia.

Obszerny fotoreportaż pleneru zamieszczony jest na stronie internetowej OIL w Szczecinie oraz w postaci „wkładki” do Biuletynu OIL „Vox Medici” maj-czerwiec 2012. ■

VI Ogólnopolski Rajd Konny im. Majora Hubala



Raid rozpoczął się 18 maja w godzinach popołudniowych. Wszyscy jeźdźcy zapoznali się z przydziałowymi końmi i dopasowali rzędy jeździeckie. Towarzyszący goście, pod wodzą Prezesa OIL w Łodzi, Pana doktora Grzegorza Mazura, zostali zaproszeni na powitalny obiad. Po obiedzie jeźdźcy ruszyli w teren, a goście na krótkie przejażdżki bryczkami. Droga nie pyliła, mogliśmy więc oddychać pełną piersią. Po trzech godzinach, zrelaksowani, wróciliśmy cali do ośrodka (tylko jedna amazonka „zaliczyła glebę”).

Czas na pokaz

Pod lasem, na padokach, czekały na nas przygotowane do pokazu konie. Jako pierwsza pojawiła się siedmioletnia Guardsja, rasy wielopolskiej. Piękna kłacz, o małej główce i łagodnych oczach, w typie orientalnemu, ale bardziej smukła, spowita w jabłkowitą suknię, przyprószoną drobną koronką hreczki, z wachlarzem jasnej grzywy i pióropuszem ogona, zaczęła swój popis. Kłacz marzenie! Później wystąpił dwunastoletni Lانسjer, skarogniady ogier, rasy oldenburskiej, wysoki, z dumnie wygiętą szyją, wyniosły, świadom swej męskiej urody. Po chwili, paradnym kłusem unosząc wysoko kończyny z czterema białymi skarpetami, z pióropuszem ogona, zaczął obiegać trenera. Usłyszałem komentarz Prezesa: „To

mi przypomina „Szał uniesień” Podkowińskiego”. I wreszcie pojawiła się mała kucyczka Śmiesznotka z trzymiesięcznym synkiem. Malerkie cuderńko. Stojący z boku właściciel koni, Pan Stanisław Malarski z Kaletnika, nawykłym okiem oceniał reakcję widzów – ma to na co dzień.

Uroczysta kolacja i wspomnienia koniarzy

Następnie wszyscy udaliśmy się na koncert w wykonaniu zaprzyjaźnionych artystów. Trio zaprezentowało repertuar zbliżony do grudniowych występów w naszym Pałacyku. Artyści wykonali utwory rozrywkowe z górnej półki, a finałowy popis Romualda Spychalskiego zachwycił. Brawurowo zaśpiewał nieśmiertelną pieśń – Granada Augustina Lary. Interpretacją, barwą i siłą głosu, zafascynował słuchaczy. Nie słyszałem lepszego wykonania tego utworu. Po występach odbyła się uroczysta kolacja, gratulacje dla organizatorów imprezy oraz wręczenie dyplomów dla sponsorów. A potem, do późnych godzin nocnych, wspomnienia koniarzy, nieustające rozmowy, śpiewy, a nawet deklamacje.

Odcinek specjalny

Nazajutrz czekał nas najdłuższy 40 kilometrowy odcinek rajdu. Zaraz po śniadaniu spotkaliśmy się z grupą pięciu jeźdźców, z Romanem Jagie-

lińskim na czele. Sportowe konie, szlachetnej półkrwi, codziennie trenowane, nie wykazywały oznak zmęczenia, mimo przebycia 20 kilometrów. Zastęp 23 koni i dwukonna bryczka, zanurzyły się w gęstwinie leśną. Po trzygodzinnej podróży wjechaliśmy w obręb rozległych sadów, którymi gospodaruje były premier. Po rozkulbaczaniu i umyciu koni, puściliśmy je na obszerne padoki. Żona gospodarza, Pani Hala Jagielińska, zaprosiła gości na gorący posiłek. Na deser poczęstowała wszystkich pieczonymi jabłkami z miodem. Palce lizać!

W dalszej części rajdu podziwialiśmy wielohektarowe szpalery drzew owocowych, otaczające dom gospodarzy o ciekawej architekturze. W pobliskich Węgrzynowicach, na wysokiej skarpie stoi osiemnastowieczny zabytkowy polski dwór z łamanym dachem. Zaproszeni przez gospodarzy, wjechaliśmy na teren parku. Honory domu pełniła Pani Marzena Lachowska ze swoją dostojną matką, gdyż mąż Sławomir, znany finansista, zdobywał szczyty Alaski. Oboje jeżdżą konno, stąd nasza znajomość.

Syci wrażeń, bez upadków wróciliśmy do domu. Następnego dnia pojechaliśmy w teren, ale tylko na pola i okoliczne łąki. Na koniec najbardziej wytrwali i doświadczeni uczestnicy rajdu poczuwali szerokim piaszczystym duktem. Po tym biegu nasz sponsor, pan Zbigniew Kruk z Wiączyń, wyglądał jak kowboj, który przebył samotnie pustynię, nie chciał bowiem odpuścić i jechał zbyt blisko za moim siwym Dylematem. W tym roku zabrakło dwóch amazoнок z poprzednich rajdów. Nieobecność ich jest jednak usprawiedliwiona, gdyż zostały szczęśliwymi matkami. Gratulacje!

Serdeczne dzięki Państwu Jagielińskim i Lachowskim za staropolską zaistę gościnność, niezawodnemu sponsorowi, panu Michałowi Kropidłowskiemu z Tworzyjanek i oczywiście OIL i NIL za wsparcie finansowe.

Do zobaczenia za rok!

P.S.: Zainspirowani pomysłem Prezesa ORL przymierzamy się do inscenizacji wg obrazu Władysława Podkowińskiego, a w związku z tym poszukujemy bezpruderyjnej amazonki, z burzą blond włosów, nie wszystko zakrywających! ■

VIII Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy „DoctoRRiders” 2012



W dniach 31.08. – 02.09.2012 r.
w Ośrodku „DRESSO” (www.dresso.pl)
w Sulejowie k. Piotrkowa Tryb. odbędzie się
VIII Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy
„DoctoRRiders” 2012

Zgłoszenia przyjmowane są pod adresem:
OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź
Elżbieta Sadura,
e-mail: doctorriders@op.pl,
ela.sadura@hipokrates.org
www.oil.lodz.pl/link/DoctoRRiders
Organizatorzy:
Motocyklowy Klub Lekarzy
DoctoRRiders



I Medyczny Puchar Badmintona

W sobotę 26 maja 2012 r. na hali widowisko-
wo-sportowej Uniwersytetu Medycznego w
Łodzi odbył się I Medyczny Puchar Bad-
mintona „Zdążyć przed lotką”. Pełna relacja
z tej imprezy zamieszczona jest na stronie
internetowej „GL” (www.gazetalekarska.pl).

Indywidualne i Drużynowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w wędkarstwie spinningowym

Bronisławów nad Zalewem Sulejowskim 4- 6.10.2012

Zgłoszenia indywidualne oraz drużynowe (2 osoby) wraz z opłatą za zawody w kwocie 500 zł
od osoby należy przesłać w terminie do 15.08.2012, drogą pisemną lub internetową do organi-
zatora zawodów:

PZW Koło 12 Piotrków Miasto 97- 300 Piotrków Trybunalski
ul. Jagiellońska 7. www.kolo12piotrkow.pl

PKO S.A. I Oddział P-ków Trybunalski : 46124031161111000035036076

z tytułem wpłaty MP Lekarzy Bronisławów 2012

Organizatorzy:

1. OIL w Łodzi Oddział Piotrków Trybunalski
dr n. med. Marek Chalusiak: mpdrmarek2@interia.eu
Tel. 602 440 543

2. PZW Koło 12 Piotrków Miasto: www.kolo12piotrkow.pl
Kol. Dariusz Dudar: 605738318

II Turniej Tenisowy

im. doktora Jerzego Jamskiego

Zapraszamy Koleżanki i Kolegów do udziału
w II Turnieju Tenisowym im. doktora Jerzego
Jamskiego, który odbędzie się 29 września
(sobota) 2012 r. w Zakopanem.

Zgłoszenia należy nadsyłać
drogą e-mail na adres:
arturhartwich@wp.pl
lub phartwich@gmail.com

w terminie do 31 sierpnia 2012 r..

Istnieje możliwość rezerwacji noclegów.
Złota jesień w Tatrach zapewni Państwu
niezapomniane wrażenia, a turniej
dostarczy wyjątkowych emocji.

Zapraszamy!

Komisja Kultury i Sportu OIL w Krakowie

**5-9 WRZEŚNIA 2012
ZAKOPANE**

PIŁKA NOŻNA
KOSZYKÓWKA
SIATKÓWKA
SIATKÓWKA PLAŻOWA
KOLARSTWO SZOSOWE
KOLARSTWO GÓRSKIE

LEKKOATLETYKA
PŁYWANIE
BRYDŻ
TRÓJBÓJ SIŁOWY
GOLF
SCRABBLE

TENIS ZIEMNY
TENIS STOŁOWY
BADMINTON
SQUASH
TRIATHLON
CROSS COUNTRY

INFORMACJE: www.igrzyskalekarskie.org

Co z tymi umowami na recepty?!

Problem umów na recepty zajmuje nas od kilku miesięcy. Wszystkich. Od pojedynczego lekarza do najwyższych władz izbowych i związkowych... Mimo to lekarze w dalszym ciągu nie wiedzą, co robić. Podpisywać czy nie. A jak nie, to co? Uchwalamy stanowiska i obmyślamy formy protestów... Teraz doszła nowa wiadomość: co zmieni się pod rządami nowego prezesa..?

A ja chciałem się zapytać, po co w ogóle te umowy? Po kiego czorta NFZ je wymyślił? Moim zdaniem są bezprawne. Lekarz, żeby mógł być lekarzem, musi posiadać dyplom i prawo wykonywania zawodu. W tych dokumentach nie ma ani słowa o jakichś specjalnych wymaganiach dotyczących recept! Leczenie polega na wskazaniu pacjentowi leków, jakie powinien zażywać. Na receptce lekarz zapisuje stosowny medykament, aptekarz go wydaje i, jak mawia młodzież, pozamiatane.

Dla NFZ to za proste. Przepisanie recept musi być poprzedzone podpisywaniem specjalnych umów, wymyślonych prawem kaduka przez monopolistę. Bez umów można co najwyżej wypisywać leki na sto procent. Czy nie jest to administracyjne utrudnianie, czy wręcz uniemożliwianie wykonywania zawodu, podważające sens pracy lekarza? Na jakiej podstawie Fundusz pozwala sobie na takie działanie? I z jakiej racji, skoro to pacjent jest ubezpieczony i ma prawo do leków refundowanych, a to czy lekarz ma podpisaną jakąś umowę z NFZ nie ma tu nic do rzeczy! Ta sytuacja przypomina mi dawne czasy, kiedy lekarz w przychodni mógł wypisywać zniżkowe leki i lekarskie zwolnienia, ale w prywatnym gabinecie już nie, mimo że i pacjent, i lekarz byli ci sami. No, ale wtedy wszyscy wiedzieli, że prywatna praktyka lekarska to ideologiczna gangrena...

Fundusz twierdzi, że umowy są ważne, bo pozwalają lekarza kontrolować. Kontrolować lekarza ma prawo tylko samorząd!

Jeżeli NFZ ma podejrzenia co do jego uczciwości, niech powiadomi izbę. Fundusz to wie i dlatego w umowach umieścił paragraf dotyczący zgody lekarza na kontrole. NFZ stosuje taktikę odpowiedzialności zbiorowej i na wszelki wypadek chciałby mieć pod lupą wszystkich lekarzy. Chwali się, że ta polityka już przyniosła milionowe oszczędności. Czy ta informacja ma dowodzić, że lekarze dotąd nagminnie oszukiwali Fundusz i to na kosmiczne sumy miesięcznie! Bzdura. Lekarze dla świętego spokoju i w obawie przed absurdalnie wysokimi karami wypisują teraz gdzie tylko mogą leki stuprocentowe albo w ogóle ograniczają ich ilość! Stąd te oszczędności, z pewnością niekorzystne dla pacjentów? Taki jest efekt wprowadzania restrykcyjnych umów przez NFZ...

Nie ma co chandryczyć się, czy je podpisywać, czy nie. Są bezprawne i należy je odrzucić w całości, a nie kontestować poszczególne paragrafy. To najpilniejsze zadanie dla samorządu lekarskiego!

Andrzej Baszkowski



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów
z województwa mazowieckiego,
mających zarejestrowaną praktykę lekarską
lub zatrudnionych w mikro
lub w małych przedsiębiorstwach
na szkolenia:

**„Jak pracować z trudnym pacjentem
- wstęp do umiejętności komunikacyjnych”**

„Techniki negocjacji - warsztaty”

„Wystąpienia publiczne - warsztaty”

**„Asertywność i rozwiązywanie konfliktów
w relacji pacjent-lekarz”**

**„Radzenie sobie ze stresem
i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”**

**„Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie po-
magać uzależnionym (w tym swoim kolegom)?”**

„Asertywna komunikacja lekarzy”

**Szkolenia akredytowane, uczestnicy otrzymują
punkty edukacyjne.**

Kalendarz szkoleń i zapisy na stronie:

www.pokl.nil.org.pl

Biurowisko projektu:

Naczelna Izba Lekarska

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego

Lekarzy i Lekarzy Dentystów

ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa

tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44, faks 22 559 13 13

e-mail: szkoleniaunijne@hipokrates.org

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej



zaprasza na kursy:

- **Mediacje**
– 08.09.2012, 04.10.2012, 13.11.2012, 06.12.2012
- **Kierowanie zespołem i praca w zespole**
– 10.09.2012, 08.10.2012, 26.11.2012
- **Specyfika pracy lekarza
z chorym umierającym i jego bliskimi**
– 13.09.2012, 18.10.2012, 08.11.2012
- **Warsztaty skutecznych negocjacji**
– 06.09.2012, 10.12.2012
- **Mobbing – przemoc psychiczna
w miejscu pracy – jak rozpoznawać,
zapobiegać, postępować?** – 28.09.2012
- **Analiza Transakcyjna jako metoda
reagowania na zachowania agresywne**
– 17.09.2012, 29.10.2012, 19.11.2012, 03.12.2012
- **Psychomanipulacje**
– 24.09.2012, 22.10.2012, 05.11.2012
- **Formy wykonywania zawodu lekarza
– skutki prawne w aspekcie
odpowiedzialności prawnej,
w tym finansowej wobec NFZ,
pacjenta podmiotu leczniczego**
– 31.08.2012, 28.09.2012
- **Prawo pracy w przedsiębiorstwach
leczniczych** – 11.10.2012, 29.11.2012
- **Obrona i zastępowanie lekarza
przed sądami powszechnymi**
– 18.09.2012, 08.11.2012
- **Recepty, refundacje, odpowiedzialność
lekarza za źle wystawione recepty,
zwrot refundacji. Optymalne uregulowanie
kontaktów z przedstawicielami medycznymi**
– 27.09.2012, 19.10.2012, 09.11.2012
- **Samorząd lekarski i odpowiedzialność
zawodowa lekarzy** – 18.10.2012

Kursy odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110.

**Udział jest bezpłatny dla członków izb lekarskich
opłacających regularnie składki członkowskie.**

Kursy są akredytowane,
uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Zapisy: www.odz.nil.org.pl e-mail: odz@hipokrates.org
tel. 22 5591310, 22 5591344

Konkursy na ordynatorów

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach ogłasza ponownie (drugie ogłoszenie) konkurs na stanowisko

ORDYNATORA

Oddziału Rehabilitacyjnego

Kandydaci spełniający kwalifikacje określone w Rozp. MZ i OS z 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151 poz. 896) proszeni są o złożenie dokumentów określonych w § 11 ust. 1 Rozp. MZ i OS z 19.08.1998r. (Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm.).

Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się niniejszego ogłoszenia pod adresem:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach
44 – 280 Rydułtowy,
ul. Plebiscytowa 47

z adnotacją na kopercie „Konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Rehabilitacyjnego” wraz z imieniem, nazwiskiem i adresem korespondencyjnym.

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Przewidywany termin rozpatrzenia ofert 60 dni.

Mieszkań nie zapewniamy.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Oskara Bielawskiego w Kościanie ogłasza KONKURS na stanowisko

ORDYNATORA

Oddziału Psychiatrycznego Siekowo

Wymagane kwalifikacje:

- lekarz specjalista psychiatra
 - minimum 8-letni staż pracy w zawodzie
- Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów /w oryginałach bądź kopie uwierzytelnione notarialnie lub przez okręgową izbę lekarską albo przez osobę upoważnioną przez kierownika zakładu zgłaszającego konkurs do przyjmowania dokumentów/ określonych w § 11 roz. MZIOS z dnia 19

sierpnia 1998 r. /Dz.U. Nr 115, poz. 749 z późn. zmianami/ wraz z oświadczeniem o następującej treści:

„Oświadczam, iż zobowiązuję się podpisać umowę o zakazie wykonywania działalności konkurencyjnej w trakcie trwania stosunku pracy”

Oferty w zamkniętych kopertach z napisem „KONKURS na stanowisko...” należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w „Gazecie Lekarskiej” pod adresem:

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
im. Oskara Bielawskiego
pl. Paderewskiego 1A
64-000 Kościan
tel. 65 511 51 08, 65 511 51 15

O terminie i miejscu postępowania konkursowego kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie – pisemnie.

Z projektem umowy o zakazie konkurencji można zapoznać się w Sekcji Kadr Szpitala.

Przewidywany termin rozstrzygnięcia konkursu – III kwartał 2012 r.

Praca / zatrudnię

NZOZ BIOS w Tłuszczu zatrudni lekarza

rodzinnego, internistę, pediatrę. Dobre warunki finansowe.

kontakt tel.: 604 13 25 34,
29 75 73 219.

Niemcy – atrakcyjne oferty pracy

możliwość otwarcia lub kontynuowania specjalizacji

www.pro-medicus.org
602-813-298

ZOZ w Skarżysku Kamiennym zatrudni od zaraz lekarzy.

Szczegóły ofert na stronie:
www.zoz.com.pl

Niemieckie kliniki pilnie poszukują lekarzy asystentów i lekarzy specjalistów

Medical Gate Germany oferuje niepowtarzalny program:

- intensywny kurs języka niemieckiego,
- doskonalenie zawodowe w niemieckiej klinice uniwersyteckiej
- pośrednictwo pracy

i pomoc w sprawach imigracyjnych – najszybsze przygotowanie do rozpoczęcia kariery zawodowej w Niemczech.

Cena pakietu już od 7.475.- euro

Więcej informacji pod
www.medical-gate-germany.com

Nowoczesna 6-cio stanowiskowa klinika dentystyczna w Słupsku zatrudni lekarzy dentystów

w pełnym wymiarze godzin: do zachowawczego i ortodontycznego leczenia dzieci oraz do leczenia zachowawczego i endodoncji mikroskopowej. Pacjenci wyłącznie prywatni. Wymagamy co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego. Zatrudnienie możliwe od stycznia 2013 r.

CV z kontaktowym numerem telefonu prosimy przysłać na adres

justyna@rogowski.pl

ZPZOZ w Otwocku ul. Batorego 44 zatrudni od zaraz lekarzy pediatrę i anestezjologa z II° specjalizacji do pracy w oddziałach szpitalnych.

Warunki oraz forma zatrudnienia do uzgodnienia.

Wszelkie informacje można uzyskać pod nr tel. 022 778-26-10 lub osobiście

Praca w poz., zachodniopomorskie,

blisko morza, niezależne mieszkanie.

tel. 601 63 59 49.

Zatrudnię stomatologa

w okolicach Łomży. Umowa NFZ.
tel 602300839.

Przychodnia w Baranowie k/Ostrołęki zatrudni lekarza

rodzinnego, pediatrę lub internistę do pracy w POZ. Bardzo dobre warunki płacy i pracy oraz mieszkanie służbowe.

Tel. 693335907,
e-mail 713jola@wp.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Ciepłowie woj. mazowieckie zatrudni lekarza internistę lub lekarza rodzinnego do pracy w filii w Bąkowej.

Oferujemy dobre warunki płacowe.

tel. 48 37 88 011

Prywatny, nowoczesny gabinet stomatologiczny w Sandomierzu nawiąże współpracę z lekarzem dentystą.

tel. 15 644 63 74
lub 535 572 772,
kontakt@dentall.pl

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim oferuje atrakcyjne warunki zatrudnienia dla lekarzy specjalistów oraz w trakcie specjalizacji w dziedzinach:

- choroby wewnętrzne
- medycyna ratunkowa
- kardiologia
- chirurgia dziecięca

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z dyrektorem Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim. Kontakt: ZZOZ, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrow Wielkopolski, tel. 062 595 11 11, e-mail: szpital@szpital.osw.pl

Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju zatrudni od zaraz lekarzy specjalistów z zakresu: pulmonologii, chorób zakaźnych, radiologii i anestezjologii.

Forma i warunki zatrudnienia do uzgodnienia

tel/fax 41 378 27 68

Zatrudnię stomatologa

w Zambrowie, nr tel. 668 11 72 47.

GOZ w Kobieliach Wielkich, powiat radomski, zatrudni lekarza

stomatologa z możliwością prywatyzacji gabinetu, dobre warunki pracy, kontakt: 604 075 571

Pilnie zatrudnimy lekarza

do pracy w POZ i/lub medycynie pracy. SPP „PROF – MED” Sp. z o.o. Włocławek, ul. Toruńska 222. Tel: 54/237 23 19, k. 602 294 276

Wynajmę gabinet, nawiąże współpracę lub zatrudnię stomatologów.

Do dyspozycji dwa nowoczesne gabinety stomatologiczne z ugruntowaną renomą. Lokalizacja: Szczawnica. Telefon: 510 121 654

Stomatologa

tarnobrzeg 602251959

Prywatna przychodnia w Radomsku zatrudni lekarza dentystę.

Tel: 501-661-527, 502-313-025

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu:

(22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień upływa 7 dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ich w druku. Ogłoszenia przesłane po tym terminie ukażą się w następnym miesiącu. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1700 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 10 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: m.ostaszwski@gazetalekarska.pl

SGZOZ w Lutocinie, pow. żuromiński, zatrudni lekarza rodzinnego, pediatrę lub w trakcie specjalizacji.
Mieszkanie służbowe, dowolna forma zatrudnienia.
Tel. 0 23 658 10 11

Przychodnia Lekarska w Szczycinie (warm-mazur) zatrudni lekarza do pracy w POZ
tel. 509-420-697

Prezes Zarządu „OLMEDICA” w Olecku Sp. z o.o. poszukuje lekarzy specjalistów w zakresie:

- pediatrii do pracy w Oddziale Pediatrycznym oraz Neonatologicznym
- położnictwa i ginekologii do pracy w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym

Kontakt:

OLMEDICA w Olecku Spółka z o.o.
adres: ul. Gołdapska 1, 19-400 Olecko, woj. warmińsko-mazurskie
e-mail: olmedica@olmedica.pl
oraz kadry@olmedica.pl
Telefon: centrala: 87 5202294
- sekretariat nr wewn. 314
- kadry nr wewn. 316

Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie (opolskie) pilnie zatrudni specjalistę neonatologa, na atrakcyjnych warunkach, w pełnym lub nie pełnym wymiarze.
Kontakt: 602483336, 343509700,
ul. Klonowa 1 46-300 Oleśno,
zoz@cz.onet.pl

NZOZ Zdrowie zatrudni do pracy w POZ lekarzy chcących się specjalizować w zakresie medycyny rodzinnej lub pediatrii. Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie i mieszkanie służbowe.
Tel. 695 427 858,
e-mail: zdrowie55@o2.pl

OGŁOSZENIA drobne

DRUKI MEDYCZNE www.pekamed.com.pl

Używany i powystawowy sprzęt medyczny i stomatologiczny
www.medical-elektro.pl
tel.: 89 741 03 51, 605 530 351

www.ubezpieczenia.med.pl

Kraków GABINETY do wynajęcia na zasadach do uzgodnienia
513 863 191

NYSA- sprzedam gabinet stomatologiczny z zapleczem (17 m² i 25m²), razem z oddzielną, na terenie przychodni w centrum
tel: 0534168305

Wynajmę w pełni wyposażoną Poradnię Stomatologiczną w Białymstoku: 2 gabinety, Rtg.
Tel: 691 081 668

Gniezno 1500m od centrum sprzedam dom /1994/ 350/1000m² z prosperującą praktyką dentystyczną/kontrakt z NFZ do końca 2013 r. Gabinet 120m² pełne zaplecze i wyposażenie, mieszkanie 90m² 3 pokoje i ptr. t. 502519818
mail: pryw.gab.dent.gniezno@wp.pl

!! REJESTRACJA TELEFONICZNA PACJENTA !!
PIERWSZY MIESIĄC GRATIS
TEL. 532-848-049
www.budre.pl

SPRZEDAM LUB WYNAJMĘ **LOKAL 104m² w Warszawie**
- idealny na gabinet lekarski. Rondo Wiatraczna. Doskonale wyeksploatowany. Ustawny. Możliwość wynajęcia dodatkowo 72m².
Tel. 608-303-503.

DO WYNAJĘCIA LOKAL 120 M2 W PŁOCKU NA GABINETY LUB NZOZ. WYSOKI STANDARD, WŁASNY PARKING.
TEL. 605100210.

USG Toshiba Nemio XG, 2008; głowice kardio, brzuszna, naczyniowa; pełne oprogramowanie
604 524 305

Do wynajęcia wykończony lokal przychodni o powierzchni 131 m², 5 gabinetów o wysokości 3m, częściowo wyposażony, wszystkie media, sieć strukturalna, obok apteka. Nowe budownictwo, wysoki standard, dzielnica Wola,
Tel. 533 061 136.

Gabinet stomatologiczny do wynajęcia 502770005

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi organizuje kurs doskonalący pt. „TRZECIE ŁÓDZKIE SPOTKANIE STOMATOLOGICZNE”.

Kurs odbędzie się w terminie 28–30 września 2012 r. w Hotelu Wodnik, Słok k/Belchatowa
http://www.hotel-wodnik.com.pl (mapka dojazdu). Rejestracja uczestników w dniu 28.09.br. od godz. 11.00 do godz. 13.00. Za udział w kursie uczestnik otrzyma 24 punkty edukacyjne. Warunki uczestnictwa i rejestracji oraz tematyka kursu na www.oil.lodz.pl zakładka „SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW”

Jestem właścicielem nieruchomości w centrum Buska-Zdroju.
24 pokoje, restauracja, parking. Idealnie nadający się pod gabinety lekarskie lub klinikę.
Tel: 665-666-299 lub 500-688-112

Wynajmę prosperujący gabinet dentystyczny w centrum W-wy. Tel. kontaktowy 602636960

27-30.09.2012 w Poznaniu odbędzie się 16 ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA ORTODONTYCZNEGO

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne UM, ul. Przybyszewskiego 37, 60-356 Poznań. Tematy przewodnie sesji naukowych: Staw skroniowo-żuchwowy Leczenie zespołowe ortodontyczno-periodontologiczne. Leczenie wad klasy II. Tematy wolne. Zjazdowi towarzyszyć będą kursy przed- i pojazdowe, sesje dla techników ortodontycznych
Więcej informacji:
www.16zjazdpto.pl

Sprzedam unit 691792921

APLIO- USG Toshiba premium, kolor, power doppler, wybór sond, gwarancja, jacek@diagmed.pl, 601250433

USG Siemens G 50, kolor, power doppler, ostatnia wersja pełnego oprogramowania, serwisowany, stan bardzo dobry, gwarancja, 29000pln, jacek@diagmed.pl, 601250433

Sprzedam pawilon med-reh zatwierdzony przez NFZ. Otwock. Tel. 693-107-111.

Biuro Podróży „KWATOUR” s.c.

Organizator wielu podróży dla lekarzy

ZAPRASZA

na KURACJĘ BŁOTAMI i POBYT WYPOCZYNKOWY Eforia - w Rumunii nad Morzem Czarnym leczenie bólów kręgosłupa, układu kostnego, bóli reumatycznych i łuszczycy

samolot z Warszawy, hotel lux, pokoje z klimatyzacją, z balkonami, łódką-barkiem, 100 m od morza.

Wyjazd dwutygodniowy od 19 sierpnia 2012.

Cena 3.495 zł

Zgłoszenia: Biuro Podróży „KWATOUR” s.c.
ul. Gąbińska 9/37, 01-703 WARSZAWA, tel./fax (22) 834 84 71
www.kwatour.pl e-mail: **kwatour@op.pl**

EFL
GRUPA CRÉDIT AGRICOLE

LEASING

- samochody nowe i używane
- motocykle i quady
- sprzęt medyczny
- obiekty biurowe do 100 m²

zapraszamy na **WWW. leasing-kredyt.com.pl**
tel. 604 - 430 - 060

Do wynajęcia lub sprzedaży

20 lokali

(kompleks, wysoki standard wykończenia)

około **1000 m²**

w centrum Koszalina
doskonale nadające się
na przychodnię lekarską

tel. **693-553-266**

Lekarz specjalista

Kardiolog, Klinika Chorób Wewnętrznych szpitala w Värnamo, Szwecja

Klinika składa się zespołu poradni internistycznych, oddziału dializ, oddziału intensywnej opieki kardiologicznej oraz czterech oddziałów chorób wewnętrznych. W skład kliniki wchodzi również oddział udarowy i rehabilitacji.

Klinika zatrudnia lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii, kardiologii, hematologii, gastroenterologii, endokrynologii oraz pulmonologii.

W obliczu rosnącej liczby pacjentów Klinika poszukuje lekarza specjalistę kardiologa do pracy z chorymi zarówno w lecznictwie zamkniętym jak i w poradni.

Wymagane kompetencje:

Lekarz z prawem wykonywania zawodu, specjalista kardiolog.

Szczegółowych informacji udziela bezpośrednio kierownik Kliniki -

Dr Anders Sjögren, anders.sjogren@lj.se (w języku angielskim) lub

Dr Dawid Kusiak, dawid.kusiak@lj.se (w języku polskim).

Zgłoszenia zawierające list motywacyjny i CV w języku angielskim prosimy przesyłać na adres: Värnamo sjukhus, Personalavdelningen, 331 85 Värnamo, SWEDEN lub na adres e-mail: personalavdelningen.varnamo@lj.se



PHARMINDEX®

Szanowni Państwo,

PHARMINDEX zaprasza do udziału w Konferencjach:

Choroby cywilizacyjne XXI wieku,

• 6 października 2012 r. w Warszawie

• 13 października 2012 r. w Poznaniu

organizowanej w rewolucyjnej formule łączącej szkolenie stacjonarne z e-learningiem.

Teraz oprócz najnowszej wiedzy prezentowanej na żywo przez cenionych wykładowców, uczestnicy będą mieli dostęp do materiałów szkoleniowych w formie elektronicznej.

Jest to dodatkowa możliwość powtórzenia oraz utrwalenia tematyki, a także otrzymania aż 25 punktów edukacyjnych.

Wśród wykładowców:

Prof. Paweł Śliwiński, Prof. Bartosz Łoza, dr n.med. Sylwia Serafińska, dr n.med. Jacek Lewandowski, dr n.med. Aleksander Prejbisz.

Dla uczestników konferencji **25 punktów edukacyjnych!**

Punkty przyznawane są po rozwiązaniu testów z wykładów. Forma doskonalenia zawodowego

– Pkt. 8 załącznika nr 3: udział w programie edukacyjnym, opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów.

Dodatkowo dla każdego uczestnika Konferencji encyklopedia lub CD-ROM Pharmindex Kompendium Leków 2012 gratis.

Szczegółowe informacje oraz zakup uczestnictwa:

www.sklep.pharmindex.pl

lub telefonicznie (22) 101-36-67

Uwaga! Przygotowaliśmy **50 specjalnych kuponów** polegających na tym, że druga osoba uczestniczy w konferencji za darmo. Kupon są dostępne w sklepie internetowym **www.sklep.pharmindex.pl**



Jesteś menedżerem w służbie zdrowia?



Oferujemy:

- rekrutację personelu medycznego
- szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek i pracowników działów personalnych
- doradztwo w zakresie Zarządzania Zasobami Ludzkimi
- coaching

Zapraszamy do kontaktu

☎ 22 292 68 32
alicia.borkowska@neshealthcare.pl
www.neshealthcare.pl

NES Healthcare jest firmą z ponad 25-letnim doświadczeniem w rekrutacji medycznej na rynku brytyjskim i ponad 5-letnim doświadczeniem w Polsce





edumedical
expert w szkoleniach

zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na kursy z medycyny estetycznej

Najbliższe szkolenia:

w Poznaniu		
22.09.2012 mezoterapia i lipoliza iniekcyjna	23.09.2012 modelowanie owalu twarzy- wolumetria	13.10.2012 kwas hialuronowy
		14.10.2012 toksyna botulinowa

we Wrocławiu		
08.09.2012 kwas hialuronowy	27.10.2012 modelowanie owalu twarzy- wolumetria	28.10.2012 mezoterapia i lipoliza iniekcyjna
09.09.2012 toksyna botulinowa		

Kontakt:
biuro@edumedical.pl, tel. 502 181 460
więcej informacji na: www.edumedical.pl

edumedical.pl



DR. BORZYCH CONSULTING

Dr. Borzych Consulting - Recruiting Experts • Niemcy - Polska

20 lat działalności konsultingowej na scenie niemiecko - polskiej. Należymy do liderów w zakresie rekrutacji polskich lekarzy do klinik, centrów medycznych i praktyk lekarskich na terenie całych Niemiec.

Dbamy o sukces polskich lekarzy w Niemczech

• Młody Lekarz - Zrób specjalizację w Niemczech

Oferujemy Ci podjęcie lub kontynuację specjalizacji we wszystkich dziedzinach medycyny na etacie asystenta, Assistenzarzt/-ärztin.

• Lekarz Specjalista - Dalszy rozwój i kariera

Otworzymy Ci nowe perspektywy zawodowe na etacie specjalisty jako Facharzt lub Oberarzt z możliwością podjęcia subspecializacji.

• Lekarz Przedsiębiorca - Własna praktyka lekarska

Chcesz przejąć wysokodochodową praktykę lekarską lub podjąć współpracę jako Partner? Pomożemy Ci zrealizować Twoje plany.

Znajdź interesującą Cię ofertę pracy i specjalizacji na Portalu

Kariera-w-Niemczech.de/lekarz • Karriere-in-Deutschland.de/arzt

Chcesz otrzymać indywidualną ofertę, przyslij nam CV lub zadzwoń.

Dr. Borzych Consulting e. K., D-40670 Meerbusch (b. Düsseldorf)
Tel. +49 21 59 81 395, E-Mail: arzt@karriere-in-deutschland.de



Krakowska Wyższa Szkoła
Promocji Zdrowia

STUDIA PODYPLOMOWE

- Kosmetologia dla lekarzy
- Dietetyka
- Fizjoterapia
- Podologia
- Najnowsze techniki w kosmetologii

31-158 Kraków, ul. Krowoderska 73
tel. (0-12) 423-38-40

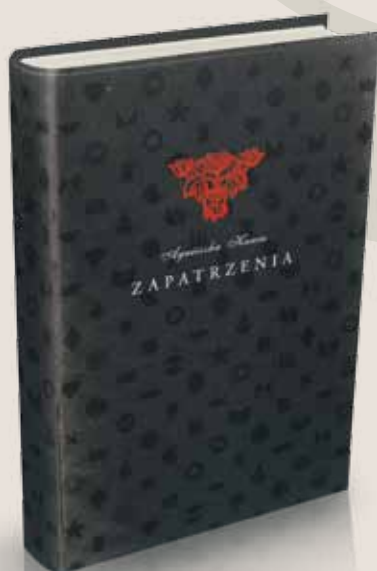
www.kwspz.pl



Jarosław Wanecki

Oniemiałem na widok
Don Kichota w pracowni
tomografii komputerowej.

**„Nasi pacjenci patrzą
sobie razem z nim
gdzieś w dal, z nadzieją
może...?”.**



Jest inny świat

Droga do Opola była wyboista. Budowa komunikacyjnych ciągów zaburzała rytm podróży. W głowie huczały urywki przerywanych rozmów. Kolejny dzień szaleńczych poszukiwań, propozycji zmian, wezwań i nadziei. Komputery zaczęły mienienie danych do rejestrów. Pierwsi straceńcy podpisywali cyrografy, ratując piekło rzeczywistości przed należą i wciąż nieogłoszoną kompromitacją.

Zatrzymałem się przed budynkiem przychodni stomatologicznej. Godzina była popołudniowa, słoneczna, wiosenna. W pośpiechu założyłem krawat. W poczekalni – niepoczekalni, przypominającej bardziej nowoczesną galerię sztuki, czekało już kilka bardziej odświeżonych ubranych osób w różnym wieku. Przechadzali się po parterze, schodach i piętrze, oglądając profesjonalnie rozwieszone i oświetlone ciągi fotogramów. Bez drobnoziarnistych szczegółów uzębienia. Bez flesza profilaktyki, edukacji i promocji doskonałego uśmiechu. A jednak doskonale podszyte pretekstem.

Kilka dni wcześniej przeczytałem ZAPATRZENIA, katalog esejów o opolskich twórcach. O ludziach i dziełach odległych ode mnie nie tylko kilometrami zamieszkania, ale moją nieporadnością w dotykaniu zagadnień, którymi żyją, nieznajomością nurtów, stylów i technik. Mimo to, gdybym był malarzem, rzeźbiarzem czy fotografikiem, nie znalazłbym lepszego adwokata swoich artystycznych wizji. Czytałem więc o tym, co autorka widziała i napawałem oczy dziełami geniuszu, których nie widziałem. A wśród kresek i drutów, plam, kamieni, płócien i klisz znajdowałem inny świat. Dalekie skojarzenia, doskonałe porównania, nieprzeciętne nawiązania. Strona po stronie, każdy artysta był przytulany do serca, głaskany czule i wyrozumiale. A autorka pijąc kawę, słuchając muzyki, gadając o literaturze, plotkując

i śmiejąc się, snuła długie dygresje, adoptując do rzeczywistości. Lecząc.

Agnieszka Kania – lekarka dentystka, najlepsza polska pisarka lekarka roku 2012 – witała gości w czerwonej sukience, podawała lampki wypełnione winem, zachęcała do oglądania wystawy i przedłużała o kolejne sekundy początek, wyrozumiale dawując spóźnienie, oswojenie, zapoznanie. Wcześniej gospodyni otworzyła przede mną swoje gabinety lekarskie, w których przyjmuje niepełnosprawne dzieci. Po kolei, od dołu do góry, wyposażone w doskonały sprzęt, dekorowane... malarstwem, rzeźbą i mozaiką. Oniemiałem na widok Don Kichota w pracowni tomografii komputerowej. „Nasi pacjenci patrzą sobie razem z nim gdzieś w dal, z nadzieją może...?”.

„Pisze i leczy. Pewnie przyznaje czasem, że miał rację Shaw, kiedy zapewniał: »Leczenie jest sztuką, nie nauką«. Nawiązuje do ciągle żywej tradycji kulturalnej; tyłu lekarzy dobrze się przecież zapisało w literaturze. Przekroczyła już próg przeciętności, nazwisko ma znaczące. A ona pisze coraz lepiej. (...) Zaraża entuzjazmem. O długach wdzięczności nie wspomina. I światu wciąż się dziwi. Ona przecież z tych, którzy więcej wnoszą niż biorą” – czytam o Agnieszce w recenzji po powrocie do domu. I za sprawą kilku gazet wręczonych na dowidzenia znów przenoszę się w krainę stworzoną przez malarzy oddających swoje najintymniejsze stany. W świat, w którym można chociaż na chwilę się zatrzymać, zapatrzyć, zapomnieć...

A potem niech następuje katharsis i wzajemne przypominanie o kulturowych i humanitarnych korzeniach, których żaden diabelski plan nie jest w stanie zniszczyć, jeśli tylko będziemy tego chcieli. ■

*Autor jest przewodniczącym
kolegium redakcyjnego „GL”.*

Jolka lekarska 179

Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, F, Ł i Y. Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 września 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

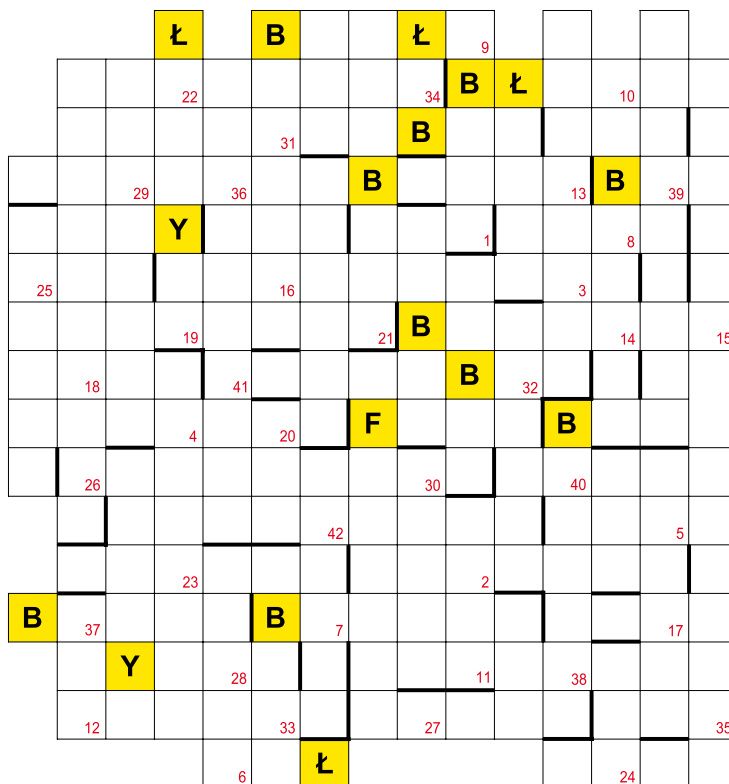
Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 177 („GL” nr 5/2012)

Powodzenie rodzi niedbalstwo. Liwiusz

Nagrody otrzymują: Krystyna Kozik (Tarnów), Joanna Widera (Tychy), Krzysztof Wojtalewicz (Mirosławice Dolne).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki ufundowane przez wydawnictwo Blue Sparks Publishing Group. Nagrody prześlemy pocztą.

BlueSparks
PUBLISHING GROUP



* gnilec, cynga * słynna ukochana Gerarda Pique * mieszkali w centrum Dolnego Śląska * odczyn antystreptolizynowy * bór, knieja * Żyd urodzony w Izraelu * diabelski brat Cherita * uzdrowisko dziecięce nad Rabą * lęk * stolica Massachusetts * żubr z USA * telekopiarka * powstaje w jelicie grubym * naukowcy * zjazd, zgromadzenie * jaja ryb * safandula, pokraka * Czaka * wyprawia się na biegun * rosa śmierci * emirat z Al-Manama * głowa konia * śledzionowy (łac.) * era * Japonia dla Japończyków * wypalanka z zacieru * kupalnik z leczniczymi kwiatami * treść przysięgi * niżej niż hrabia * nad kolanami * duchowni w wojsku lub szpitalu * z Wirtembergią * krytyk się nie boi * zadowolenie, przyjemność * czapka wojskowa w Królestwie Polskim * między Grudziądzem a Kisielicami * jachting * Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna * twórca sołtysa Kierdziółka * lotnisko, most lub zaporę * najmniejsza jednostka informacji * tor F1 w Emilia-Romania * przyjaciółka Stasia Tarkowskiego * technika serialna * cięte, klute lub postrzałowe * zakryty przeszkodził nam z Grecją * książkę pokonany przez Cromwella * stan przytomności * generał polsko-węgierski * średniowieczna kuźnia * wynik oznaczania czasu protrombinowego * stolica Kanady * Stańczyk * trajektoria * rucho ma część krosna * władca mułmański * Hyssopus lekarski * zakończenie postępowania sądowego * Kraj Asadów? * edamski * hodowana jako zwierzątko futerkowe * angielski pan * nad Bzurą za Ozorkowem * gibbon białogłowy * przywóz z zagranicy własnych towarów * wystawny lub czwartkowy * lizergid * karcz * miasto kamienia z hieroglifami * chochlik, skrzat * nawrót

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie
Nakład: 157 550 egz.

Kolegium redakcyjne:
Jarosław Wanecki (przewodniczący)
Ryszard Golański
Mariusz Janikowski
Jolanta Małmyga
Wojciech Marquardt
Katarzyna Strzałkowska

Redaktor naczelny:
Ryszard Golański
Tel. 600 909 382
naczelnyn@gazetalekarska.pl

Zastępca redaktora naczelnego:
Marta Jakubiak
Tel. 608 316 248
m.jakubiak@gazetalekarska.pl
Dziennikarze:
Lucyna Krysiak
Tel. 661 092 853
l.krysiak@gazetalekarska.pl
Lidia Sulikowska
Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 559 13 26
Fax (22) 559 13 23
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)

Jerzy Badowski (Olsztyn)
Sławomir Badurek (Toruń)
Anna Lella (Olsztyn)
Agata Morka (Warszawa)
Sławomir Pietras (Poznań)
Małgorzata Serwach (Łódź)
Joanna Sokołowska (Płock)

Adres redakcji: 00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110
www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing:
Elżbieta Tarczyńska
Tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



TELEMEDYCYNĄ

Kompleksowe rozwiązania dla medycyny od indywidualnych gabinetów lekarskich po duże placówki medyczne.



HEART 2006

2-kanalowy aparat EKG z możliwością nagrywania zdarzeń przeszłych.



HEART ONE

1-kanalowy aparat EKG rejestrujący pracę serca za pomocą elektrod dotykowych (kciuki).



HEART VIEW

Osobisty 12 lub 8-kanalowy aparat EKG rejestrujący pracę serca za pomocą elektrod.

Aplikacje do odbioru EKG:

- dostęp przez WWW
- wbudowane narzędzia wspomagające interpretację wyników
- wbudowany moduł do zarządzania bazą pacjentów
- automatyczna identyfikacja pacjentów
- możliwość konsultacji lekarskich na odległość

Aplikacja do odbioru parametrów życiowych:

- ciśnienie krwi
- waga
- saturacja
- glukoza
- spirometria
- INRatio

TELEOPIEKA

SMS / e-mail wysyłane do najbliższych lub call center po użyciu guzika alarmowego

SMS



e-mail



Sieć GSM



Wbudowany zestaw głośnomówiący, odbiornik GPS, wykrywanie upadku

GPS

3 numery szybkiego wyboru

Przycisk alarmowy



Tworzenie elektronicznych obszarów



Rodzina



Znajomi



Lekarz



Numery alarmowe

Mistrzowski ULTRATEAM

CYFROWE ULTRASONOGRAFY

2012

SAMSUNG GALAXY TAB

wraz z oprogramowaniem MoVue za 1 zł*

61 848 36 80 www.okmed.pl



5 lat gwarancji*



SAMSUNG MEDISON
AUTORYZOWANY DYSTRYBUTOR SAMSUNG MEDISON W POLSCE

*Do każdego ultrasonografu zamówionego do 31 lipca 2012 r. lub do wyczerpania zapasów SAMSUNG Galaxy TAB z oprogramowaniem MoVue za 1 zł. Na wybrane modele udzielamy 5-letniej gwarancji.

Reklama nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu Cywilnego