

9 2008

Gazeta
Lekarska
ISSN 0007-2146
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny

**Światowy Dzień
Zdrowia Jamy Ustnej
12 września**



Wakacyjne cicho-sza

Niespodzianki nie było. Ewa Kopacz obroniła w lipcu ministerialny fotel, chociaż opozycja skoczyła jej do gardła z oskarżeniami o próbę „dzikiej prywatyzacji” szpitali i torpedowanie dialogu społecznego, a także forsowanie ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach, które miałyby podzielić polskich pacjentów według zasobności portfeli. Co bardziej krewcy oponenti mieli jej za złe nieudolność, brak kompetencji, pomijanie i lekceważenie partnerów oraz to, że co chwilę mówi co innego. Donald Tusk w obronie swojej minister cytował nawet bajki Krasickiego. Dr Ewa, zaprawiona wcześniej w retorycznych potyczkach z Mariuszem Łapińskim i Zbigniewem Religą, ma na ogół gotową odpowiedź „pięknym za nadobne” na wszystko i dla wszystkich, chociaż nie zawsze na temat. Szkoda, że swojej energii, swady, wzlotów szewskiej pasji pomiesza z kobiecym wdziękiem, a przede wszystkim politycznego doświadczenia i inteligencji nie angażuje bez reszty w rzeczowe przekonywanie szerokiej publiczności do swoich projektów i dokonań, a jedynie lokuje je w ulotnych utarczkach i nic nie wartych filipikach. Przykłady szpitali w Starachowicach i Świętochłowicach pokazują, że strach przed prywatyzacją jest rzeczą ludzką, a spokojnych wyjaśnień, choćby po stokroć, nigdy nie jest za wiele.

Szefowa resortu zdrowia znów opowiadała z trybuny sejmowej, że lekarze zarabiają w Polsce ponad 10 tys. zł. Znalezione nawet ordynatora, który zarabia miesięcznie 33,5 tys. zł. Ciekawe, kiedy wreszcie doczekamy się uczciwego przedstawiania wynagrodzeń lekarzy za godzinę pracy lub za jeden etat. Przecież inaczej nie można będzie porównać płacy lekarzy ze średnim wynagrodzeniem w kraju. Wynagrodzenie młodego lekarza (ok. 1,7 tys. zł netto) jest ciągle ponad dwukrotnie niższe niż młodego sędziego. „OZZL będzie się domagał wzrostu płac lekarzy tak, aby podstawą dochodu lekarza była praca na jednym etacie” – zapowiada Krzysztof Bukiel.

Radosna twórczość w polskich szpitalach kwitnie na całego. W co czwartym lekarze pracują ponad tygodniowy limit czasu pracy. Przekraczanie maksymalnego czasu pracy, nieudzielanie w wyznaczonym terminie odpoczynku czy zobowiązywanie pracownika do dodatkowej pracy bez jego zgody, to główne naruszenia przepisów, do jakich dochodzi w szpitalach. Takie są owoce kontroli w 140 szpitalach. Zdaniem inspektorów PIP podstawową przyczyną tego zjawiska jest zbyt mała liczba lekarzy zatrudnionych w szpitalach. Brakuje m. in. odpowiednich zapisów w wewnętrznych regulaminach pracy dotyczących obowiązujących norm czasu pracy czy długości okresów rozliczeniowych. W jednym ze śląskich szpitali stwierdzono np. niedostosowanie treści regulaminu pracy do obecnie obowiązujących przepisów, brak określenia wynagrodzenia za dyżur medyczny czy dodatków za pracę w godzinach nadliczbowych. Dyrektorzy, zwłaszcza w szpitalach powiatowych i małych miejscowościach, drżąc o normalne funkcjonowanie swoich placówek, notorycznie łamią również prawo lekarzy do 11-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku. „Bo trzeba zrobić wypisy, zająć się pacjentami, studentami, dokumentacją i nie wiadomo, czym jeszcze. W efekcie siedzimy po 24-godzinny dyżurze do południa, w obawie, że profesor będzie na nas krzywo patrzył, jak wyjdziemy 5 minut po ósmej. Sami się na to zgadzamy” – cichutko skarżą się nam lekarze z łódzkich szpitali.

Tymczasem w Sejmie na drugie czytanie czeka m.in. przepis, że kierownik placówki medycznej będzie mógł w uzasadnionych sytuacjach (np. braki kadrowe) zobowiązać lekarza do pozostania w pracy nawet po odbyciu 24-godzinnego dyżuru, czyli grubo ponad unijne normy.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Przekroczyć Rubikon	4
Sądny dzień	5
Okiem Prezesa	5
Spółka pomoże zarządzać szpitalami	6-7
Szpitale do prywatyzacji	8-9
U stomatologów	10-17
Otyłość może być groźna	18
Przychodzi lekarz do prawnika	24-25
Sumienie pokolenia	26-28
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	30
Książki nadesłane	32
Lekarski sport	33
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	38-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	34-37

Uwaga!

Nowy adres i numery telefonów redakcji „Gazety Lekarskiej”:
00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4
022-559-02-62 (sekretariat)
022-559-02-60 (ogłoszenia)
022-559-02-63, 022-559-02-64 (reklama)
022-559-02-66 (redaktor naczelny)
022-559-02-67 (sekretarz redakcji)
022-559-02-68 (dziennikarz)
022-559-02-65 (redaktor tech.-graf.)
022-559-02-61 (faks)

Zbieraj **punkty edukacyjne** przez **Internet**

www.kursy.portalmed.pl

Największa baza ofert pracy dla lekarzy

www.praca.gazetalekarska.pl

Przekroczyć Rubikon

Krzysztof Bukiel



fot. Marek Stankiewicz

W połowie lipca br. minister zdrowia Ewa Kopacz w liście otwartym zaapelowała do środowisk medycznych o poparcie dla przygotowanych przez rząd ustaw reformujących polską służbę zdrowia.

Takiej formy zwracania się ministra do partnerów społecznych jeszcze nie było, co może świadczyć o wielkiej determinacji rządzących w realizacji swoich zamiarów. Jak na ten apel powinniśmy odpowiedzieć?

Wszystko albo nic

Problem jest o tyle trudny, że nie wiadomo dokładnie, o jaką faktycznie reformę rządowi chodzi. Niektóre jej elementy są bardzo wyeksponowane, np. przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego, inne – ledwie wspomniane, np. wzrost wysokości składki na PUZ albo przedstawione w formie niedookreślonej, jak wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Tymczasem kompleksowość zmian jest – moim zdaniem – podstawowym warunkiem powodzenia reformy. Bez wprowadzenia jednego elementu inne nie przyniosą spodziewanych korzyści lub ich efekty zostaną wypaczone. Trzeba więc jednocześnie:

- zmienić szpitale w spółki handlowe,
- zrównoważyć nakłady na ochronę zdrowia z wydatkami, poprzez wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, przewidującego współpłacenie za niektóre świadczenia,
- zwiększyć nakłady publiczne na lecznictwo, aby dopłaty do leczenia nie były zbyt duże,
- zrezygnować z limitowania świadczeń refundowanych i tzw. konkursu ofert, co umożliwi konkurencję między szpitalami.

Reforma wypaczona

Zastanówmy się przykładowo, co się stanie, gdy jedynym elementem reformy będzie przekształcenie szpitali w spółki handlowe. Szpital, aby nie zbankrutować w warunkach niedofinansowania lecznictwa, jakie jest obecnie, będzie ciął koszty za wszelką cenę. Dotyczyć to będzie zwłaszcza płac, bo są one jedynym istotnym elementem kosztów, na który dyrektor szpitala ma

wpływ. Zmniejszą się wynagrodzenia pracowników, zmniejszy się zatrudnienie, spadnie jakość świadczonych usług. Szpital – spółka nie podpisze też kontraktu z NFZ-em na te świadczenia zdrowotne, których wycena będzie zaniżona. Część zabiegów będzie zatem niedostępna. Trudno uznać to za pozytywne skutki reformy, a przecież możliwe są i inne niekorzystne efekty.

Jeżeli pozostawimy limitowanie świadczeń zdrowotnych i tzw. konkurs ofert, to konkurencja między szpitalami o pacjenta będzie iluzoryczna. Priorytetem szpitali będzie nie troska o zadowolenie pacjentów, ale załatwienie sobie dobrego kontraktu z NFZ-em – z wysokim limitem świadczeń. Nie trzeba dodawać, że będzie to sytuacja mocno korupcyjna, szczególnie, gdy szpitale zostaną sprywatyzowane. Będą one wtedy walczyć o przyswanie się do „cycka” z publicznymi pieniędzmi za wszelką cenę. Możemy zatem otrzymać taki system opieki zdrowotnej, w którym publiczne pieniądze transferowane są do prywatnych szpitali, gdzie pracują słabo wynagradzani pracownicy, a pacjenci otrzymują kiepskiej jakości usługi.

Oczywiście możliwy jest też i inny scenariusz: Niepokój społeczny, wywołany przez wyzyskiwanych pracowników i niezadowolonych pacjentów, wzmocniony twardą postawą dyrektorów szpitali-społeczeństwa wymusza urealnienie nakładów na lecznictwo, wprowadzenie współpłacenia za niektóre świadczenia i likwidację limitowania świadczeń. Jednocześnie twarde reguły finansowe eliminują szpitale, w których rządzą nieformalne klikki i „układy” albo zmuszają je do pozbycia się tego balastu. Prawdę mówiąc na taki scenariusz liczę.

Układ

Popierać zatem rządowe reformy czy nie? Gdyby rząd zaproponował komplet zmian, które wymieniał wcześniej, sprawa byłaby prosta, a nasze poparcie – bezwarunkowe. W sytuacji, gdy rządzący wyraźnie i jednoznacznie proponują jedynie zmianę szpitali w spółki, a o innych zmia-

nach mówią półgębkiem, powstaje dylemat, bo nie wiadomo, który z przedstawionych wyżej scenariuszy reformy zostanie w efekcie zrealizowany.

Rozwiązanie byłoby prostsze, gdyby przekonać lekarzy, że przekształcenie szpitali w spółki nie odbędzie się kosztem ich płac. Takim czynnikiem mogłoby być – moim zdaniem – ustalenie minimalnych wynagrodzeń lekarskich, obowiązujących czasowo, w okresie wprowadzania zmian, np. w formie incydentalnej ustawy. Oczywiście te płace minimalne musiałyby być wyższe niż płace dzisiejsze, bo przecież po to reformujemy opiekę zdrowotną, aby pracownicy medyczni zarabiali lepiej, a nie gorzej.

Sprowadzając całą sprawę do jednego zdania, powinniśmy – moim zdaniem – zaproponować rządzącym układ: nasze poparcie dla przekształceń szpitali w spółki w zamian za ustawowe określenie, na okres przejściowy 3-4 lat, minimalnych płac dla lekarzy na odpowiednim poziomie.

Przekroczyć Rubikon

Z taką propozycją wystąpił OZZL do pani minister i pana premiera. Jeżeli rządzący są faktycznie zdecydowani, aby przeprowadzić proponowane przez siebie zmiany, powinni na ten układ przystać. Można się spodziewać, że – naszym śladem – poszłyby i inne grupy zawodowe. Powstałby w ten sposób szeroki, społeczny front poparcia dla reformy przedstawionej przez rząd, co niewątpliwie zmusiłoby Prezydenta RP do zastanowienia przed ewentualnym zablokowaniem przekształceń szpitali w spółki. A przekształcenia te, mimo wszelkich zastrzeżeń, są – moim zdaniem – warte poparcia. Jeżeli będą konsekwentnie przeprowadzone, wymuszą pewne dalsze działania uwzględniające – z konieczności – ekonomiczne realia i odrzucające pozamerytoryczne wpływy. A to – dla ochrony zdrowia – jest dzisiaj niezwykle potrzebne.

18 sierpnia 2008 r.

Sądny dzień

Dzień 5 listopada 2008 r. może stać się ważny dla wielu lekarzy. Właśnie wtedy powinna rozpocząć się formalna procedura **rozliczenia lekarzy z punktów edukacyjnych**, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Rozpowszechnione wśród lekarzy przekonanie, że w obowiązujących przepisach nie przewidziano sankcji za niedopełnienie obowiązku rozliczenia 200 punktów edukacyjnych jest fałszywe – ostrzega Andrzej Ludwicki z Medycznej Platformy Edukacyjnej. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądem lekarskim za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza. *Nie budzi wątpliwości, iż niewypelnienie obowiązku doskonalenia zawodowego jest naruszeniem przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza* – czytamy w piśmie ministra zdrowia z 4 sierpnia br. Przypomnijmy, że obowiązek doskonalenia zawodowego znajduje również potwierdzenie w art. 56 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym powinnością każdego lekarza/lekarza dentysty jest stałe uzupełnianie i doskonalenie swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także przekazywanie ich swoim współpracownikom. Interpretację tę podziela również Rzecznik Praw Obywatelskich.

Widać więc wyraźnie, że rozliczenie się z obowiązkowych punktów edukacyjnych nie jest sprawą błahą czy też drugorzędną. Dla niektórych lekarzy i lekarzy dentystów jest to kwestia „być albo nie być” w zawodzie.

Rozliczenie z obowiązku doskonalenia zawodowego to także sprawdzian sprawności okręgowych izb lekarskich, które w ramach zadań zleconych przez ustawodawcę zostały zobowiązane do jego wyegzekwowania. W aktualnej sytuacji społecznej i politycznej trudno wyobrazić sobie zaniechanie. Gdyby samorząd lekarski zlekceważył to zadanie, dałby wyraźny sygnał społeczeństwu i niechętnym mu politykom, że stoi na straży korporalizmu w najgorszym wydaniu.

Medyczna Platforma Edukacyjna uruchomiła dystrybucję pakietów edukacyjnych, które pozwolą do 5 listopada br. uzyskać w trybie zdalnym (efektywnym ekonomicznie i czasowo) nawet 100 punktów edukacyjnych.

Szczegóły oferty programowej na stronie www.medycyna.org.pl

Marek Stankiewicz

Okiem Prezesa



Lato mija nieuchronnie. Mimo różnych problemów zawodowych, rodzinnych i innych, większości z nas udało się trochę odpocząć. Dla wielu był to także czas większej aktywności fizycznej i gromadzenia energii potrzebnej na cały rok intensywnej pracy. Osobiście udało mi się zdobyć kilka wysokich szczytów w Tatrach oraz popływać w jednym z warmińskich jezior. Tym, którzy urlop wykorzystali tylko w celu odespania dyżurów, przypominam, że akcja „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?” trwa. Złota polska jesień jest równie dobra, aby zadbać o swoje zdrowie tak poprzez rewizję nieprawidłowego stylu życia, rzucenie palenia, jak również przez nadrobienie zaległości w koniecznych badaniach przesiewowych. Zróbmy to!

Pierwsza połowa lata była dla przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce okresem wyjątkowo intensywnym. Wielotygodniowe prace parlamentarne nad pakietem poselskich projektów ustaw Platformy Obywatelskiej, spotkanie konsultacyjne środowisk medycznych z prezydentem Lechem Kaczyńskim, wprowadzenie nowego sposobu kontraktowania opartego na systemie Jednorodnych Grup Pacjentów. Wrzesień powinien dać odpowiedź na pytanie o dalsze losy projektu reformy. Zapowiedziano spotkanie środowisk medycznych z Premierem; toczą się konsultacje dotyczące „zachęcenia” pracowników medycznych do reformy poprzez zagwarantowanie im kroczących gwarancji minimalnych wynagrodzeń; sporo zależy od zapisów, które znajdują się w projekcie ustawy mającej wprowadzić pozostałe ustawy zdrowotne.

W tym czasie Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji projekt nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Ma on zastąpić obecnie obowiązujące dość powszechnie krytykowane rozporządzenie, które w oczach wielu członków naszego środowiska nie ułatwia dostępu do specjalizowania się, a w niektórych dziedzinach medycyny wręcz je utrudnia i niepotrzebnie wydłuża. Projekt, który w czasie pisania tego felietonu jest w trakcie opiniowania, znosi przede wszystkim podział specjalności na podstawowe i szczegółowe; przewiduje za to, że znaczną część specjalizacji będzie trzeba rozpocząć od 1-2-3-letniego stażu w internistce, pediatrii, chirurgii lub psychiatrii (w zależności od grupy, do której zaliczono daną specjalność). Jest to, co prawda nie w pełni konsekwentna, realizacja diskutowanego od kilku lat modułowego budowania programów specjalizacji. Szkoda, że nie przewidziano możliwości zmiany specjalizacji po zakończeniu stażu podstawowego lub zaliczenia odbytego wcześniej stażu podstawowego do następnej wybranej specjalizacji. Sporo kontrowersji budzi lista specjalizacji dostępnych dla osób posiadających już jakąś specjalność. Poważnym impulsem dla poprawienia dostępności młodych lekarzy i lekarzy dentystów do specjalizacji mogłoby być ciągłe nie przewidziane projektem wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji. Mam nadzieję, że w procesie konsultacji uda się jeszcze naprawić te błędy. Trzeba jednak zauważyć, że projekt idzie we właściwym kierunku i wszystko wskazuje na to, że pod rządami nowego przepisu prostsze zasady akredytacji ośrodków kształcących, mniej skomplikowany sposób kwalifikacji do specjalizacji oraz bardziej elastyczne zasady przebiegu procesu specjalizacyjnego przyczynią się do lepszego dostępu do tej podstawowej formy doskonalenia zawodowego.

W tym samym czasie toczą się prace nad nowym rozporządzeniem w sprawie umiejętności w węższych dziedzinach medycyny. Poprzednie rozporządzenie, zanim weszło w życie, utraciło swoją moc i obecnie samorząd lekarski współpracuje z Ministerstwem przy opracowaniu lepszego przepisu, który byłby ważnym uzupełnieniem systemu specjalizacji.

Wszystko to ma duże znaczenie w kontekście zbliżającego się końca pierwszego okresu rozliczeniowego punktów edukacyjnych. Już 5 listopada upływa termin podsumowania naszych wysiłków w zakresie doskonalenia zawodowego. Warto przypomnieć, że realizowanie specjalizacji lub umiejętności w praktyce zwalnia lekarza i lekarza dentystę od konieczności „zbierania” innych punktów.

Konstanty Radziwiłł

Spółka pomoże zarządzać szpitalami

Z **Jarosławem Kozera**, prezesem Zarządu Głównego STOMOZ rozmawia Agnieszka Banach

foto: Marek Stankiewicz



• *Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, właściciel dwóch, a w niedalekiej przyszłości być może czterech szpitali uniwersyteckich, będzie zarządzać swoimi placówkami współpracując z powołaną przez siebie spółką: Centrum Konsultingowym. Bez pomocy spółki doradczej nie uda się uczelni odpowiednio prowadzić szpitali?*

– Poszerzając swoją bazę kliniczną o kolejne szpitale UMK zmuszony został do szukania rozwiązań umożliwiających sprawne nadzorowanie podlegających mu jednostek służby zdrowia oraz koordynowania ich wzajemnej współpracy. Wzorując się na przykładach wielkich korporacji – organizacji o zasięgu lokalnym, krajowym czy międzynarodowym, zatrudniających tysiące osób, a mimo to efektywnie zarządzanych – uczelnia podjęła decyzję, by tzw. ład korporacyjny stworzyć w grupie swoich szpitali klinicznych. Uniwersytet postanowił nie organizować kolejnego biura, czyli kolejnej jednostki administracyjnej, która zadanie miałaby realizować, ale nadzorowanie pracy szpitali powierzyć firmie – powołanej przez senat UMK spółce doradczej – Centrum Konsultingowemu.

Spółka, ze 100% udziałem uczelni, skoncentruje się głównie na funkcji doradczej, przygotowując szpitale do budowania wspomnianego porządku korporacyjnego, czyli efektywnej współpracy jednostek m.in. przez koordynowanie strategicznych decyzji dotyczących inwestycji czy zarządzania zasobami. Innowacyjność tego rozwiązania polega na tym, że nie ma w Polsce przykładów korporacji związanych z medycyną, którymi moglibyśmy się tu posłużyć, coś podpatrzeć, czy na czymś się oprzeć.

Jarosław Kozera, 43 lata, prezes Zarządu Głównego STOMOZ, MBA Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, absolwent Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Poznańskiej, Programu Project Hope, wykładowca Szkoły Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, autor licznych publikacji na temat zarządzania w opiece zdrowotnej. Hobby: żeglarsko w dobrym towarzystwie, jazda na nartach, górskie wspinaczki rowerowe.

• *Podkreślimy, że przyjęte przez Collegium Medicum rozwiązanie nie zakłada łączenia ze sobą szpitali klinicznych.*

– Nasze założenie to: zbudować z niezależnych, autonomicznych, samodzielnych jednostek grupę złożoną ze współpracujących, a nie konkurujących między sobą szpitali, lepiej wykorzystujących swoje zasoby wewnętrzne. Spółka będzie koordynowała współpracę między lecznicami, pilotowała ich kluczowe decyzje dotyczące np. inwestycji czy zakupów. Zadaniem uczelni medycznej jest opracować taką strategię funkcjonowania jej lecznic, która wyjdzie naprzeciw potrzebom zdrowotnym społeczności lokalnej. Dzisiaj, w oddzielnych szpitalach, z osobną administracją, jest to trudne do zrealizowania. W grupie będzie łatwiej – strategia całej grupy przełoży się na poszczególne jednostki medyczne.

• *Kompetencje dyrektorów szpitali nie ulegną ograniczeniu?*

– Nic się w tej dziedzinie nie zmieni. Na pracę, tzw. operacyjną, dyrektor przeznacza 110 proc. swojego czasu! Nawet jeśli widzi potrzebę zmian, to nie ma kiedy ich wprowadzać, nadzorować. Jego praca polega głównie na „gaszeniu pożarów”! Tak naprawdę chodzi tylko o podział ról – nadzorowanie wdrożenia wspólnie ustalonych zmian od teraz weźmie na siebie spółka. Tym dyrektor nie będzie musiał się zajmować.

• *Jakie będą pierwsze kroki Centrum w budowie ładu korporacyjnego?*

– Budowa tzw. ładu korporacyjnego wymaga dostarczenia określonych narzędzi. Po pierwsze, ujednolicamy sposób naliczania kosztów. Takie działania są konieczne, żeby placówki można było

ze sobą porównywać. Wydawałoby się, że w jednym mieście, przy obowiązującym – tym samym rozporządzeniu, dotyczącym liczenia kosztów, będzie się je liczyć tak samo. Tymczasem jest inaczej. W dwóch szpitalach uniwersyteckich w Bydgoszczy nie jesteśmy w stanie porównać nawet kosztów RTG. Są zupełnie różnie zdefiniowane.

• *To musicie chyba zacząć od ustalenia wspólnego języka...*

– Dokładnie na tym etapie jesteśmy. Ustalamy wspólne słowniki, co jest bardzo ważne dla budowania ładu korporacyjnego.

Drugi projekt: narzędzie, nad którym pracujemy, to ustalenie, a później wprowadzenie w szpitalach jednolitego systemu wartościowania pracy i stanowisk pracy. Naszym celem jest zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od kwalifikacji, odpowiedzialności i czynności związanych z określonym stanowiskiem. Co istotne, spółka jedynie nadzoruje pracę nad tym projektem, doradza, a pracuje nad nim personel szpitala – pielęgniarki, lekarze, współpracują związki zawodowe.

Tylko wspólnie wypracowany model będzie trwały, ale ważna jest także konsekwencja w jego stosowaniu. Jeżeli w przyszłości będą pieniądze na podwyżki, trzeba będzie je dzielić wg ustalonej zasady. Nie dawać tyle samo każdemu, bo potem dochodzi do takich sytuacji, że np. pielęgniarka anestezjologiczna zarabia prawie identycznie jak ta w poradni, chociaż zakres ich obowiązków jest przecież nieporównywalnie odmienny, a pracownicy zaczynają być niezadowoleni.

• *Czy to oznacza, że teraz tyle samo będzie się zarabiać w każdym szpitalu Collegium Medicum?*

– Ta sama będzie metodologia wartościowania pracy, ale zarobki niekoniecznie muszą być identyczne. Każdy szpital to zupełnie inna organizacja. Nam nie chodzi o to, żeby wprowadzić Chiny, ale o to, żeby np. wspomniane stanowisko pielęgniarki anestezjologicznej, jeżeli chodzi o wycenę pracy, było we wszystkich szpitalach ustanowione na tym samym stopniu hierarchii.

Trzeci projekt, nad którym obecnie pracujemy, to narzędzie konieczne w każdej korporacji: sprawny wewnętrzny obieg informacji. W tej chwili opracowujemy zasady budżetowania w szpitalach, podobne jak w korporacjach. Te trzy projekty – to podstawowe narzędzia do budowy ładu korporacyjnego w grupie szpitali uniwersyteckich.

• *Centrum ma także nadzorować podlegające UMK jednostki...*

– Dzięki takiemu rozwiązaniu UMK zyska realny nadzór nad bieżącym funkcyj-

nowaniem swoich placówek, np. będzie dysponować aktualnymi i rzetelnymi informacjami o kondycji finansowej jednostek. Nowością będą wykonywane audyty. Nie będzie tak jak do tej pory, że kontrole wskazywały tylko nieprawidłowości. Teraz, wspólnie ze szpitalem, sformułujemy wnioski, które pozwolą w przyszłości uniknąć problemowych sytuacji.

• *Nikt nie pracuje za darmo, a więc praca Centrum Konsultingowego też będzie kosztować, czy koszt takiej inwestycji UMK się opłaci?*

– Dzięki naszej działalności, w okresie najbliższych trzech lat, od 10 do 15 proc. mają się zmniejszyć koszty operacyjne funkcjonowania szpitali. Zresztą uczelnia mając więcej niż jeden szpital i tak musiałaby powołać odpowiednie biuro, co także wiąże się z kosztami. Analizowaliśmy jak to wygląda w innych uczelniach. Tam na etaty, w zależności od wielkości uczelni, wydaje się od pół mln zł. My nie będziemy tworzyć nowego biura – UMK podpisze z nami umowę na konkretne zadania. Zatrudniać będziemy jedynie ekspertów – szefów poszczególnych projektów, ale nie w ramach etatu. Spółka będzie więc zarządzana zadaniowo. Szef każdego projektu będzie współpracował z pracownikami szpitala oddelegowanymi do realizacji zadania. Takim projektem może być np. budowa modelu wartościowania pracy czy – priorytet w szpitalnictwie Unii Europejskiej – analiza pobytu czasu pacjenta w szpitalu od przyjęcia do zabiegu. Okazuje się, że średnio wynosi on trzy dni, chociaż lekarz w tym czasie poświęca pacjentowi zaledwie kilka minut.

• *Czasami pacjenci w oczekiwaniu na zabieg leżą jeszcze dłużej, bo szef boi się pustych łóżek na oddziale...*

– Najpierw trzeba stworzyć takie narzędzia, żeby racjonalność związana z celami szpitala była wpisana w działanie jego pracowników, bo niekoniecznie interes szpitala musi być zbieżny z interesem poszczególnych grup. Przy budżetowaniu jednostek, jeżeli szef takiego oddziału dostanie zadanie zmniejszenia współczynnika oczekiwania pacjenta na zabieg z 3 dni na 1,5 i jeżeli się do tego dostosuje, to taka sytuacja automatycznie będzie miała przełożenie na wynagrodzenie pracowników i samego ordynatora oddziału. Pieniądze, które są marnotrawione na zbyt długi pobyt pacjenta w szpitalu, można przecież wydać na wynagrodzenie czy zakup nowych technologii. W przypadku, gdy ordynator takiego zadania się nie podejmie, będzie musiał wytłumaczyć zatrudnionym ludziom dlaczego nie wypracowali funduszu premialnego. W jednym i drugim przypadku pieniądze się wydaje, ale chodzi o to, żeby je wydać mądrze.

Szpitala do prywatyzacji

Agnieszka Katrynicz

Burza wokół ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wcale nie zakończyła się wraz z wakacjami parlamentarnymi. Na najważniejsze pytanie: Czy od 2009 r. wszystkie szpitale w Polsce zostaną sprywatyzowane? – wciąż nie ma odpowiedzi.

Już od dawna posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia nie były tak burzliwe. Dodatkowo chaos pogłębiały nanoszone zmiany. Warto zaznaczyć, że tylko podczas jednego posiedzenia zgłoszono ich aż 49! W efekcie projekt przedstawiony tuż przed wakacjami w niczym nie przypominał tego, który do Sejmu trafił.

Prywatyzacja totalna

Najważniejszą zmianą jest ta o obligatorystości przekształceń wszystkich SP ZOZ, i to w ciągu roku. Wbrew wcześniejszym zapewnieniom w prywatyzacji nie wezmą udziału pracownicy. Leczenie dla ubezpieczonych w zakresie przewidzianym przez NFZ pozostanie bezpłatne, ale szpitale będą działały jak każda inna firma. Ich zadaniem ma być osiągnięcie jak największego zysku, bo wykreślono także zapis o działalności *non profit*. – To sytuacja groźna dla pacjentów, bo będą leczeni dla zysku – podkreśla Mieczysław Pasowicz, dyrektor Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie, prezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali. – Gorszą sytuację trudno sobie wyobrazić.

Jednak te poprawki popiera minister zdrowia Ewa Kopacz. Szczepie mówiąc trudno oprzeć się wrażeniu, że to Ministerstwo Zdrowia było ich autorem, bo posłowie zgłaszający zmiany nie byli w stanie ich uzasadnić. – Przekształcenie wszystkich szpitali jest warunkiem powodzenia reformy – podkreśla Kopacz.

Jednak opozycja ostrzega, że przymusowa prywatyzacja doprowadzi do upadku wielu szpitali, a pierwszymi akcjonariuszami w nowych spółkach będą firmy handlujące szpitalnymi długami.

Jednak PO broni się, że przekazanie szpitali samorządom nie jest prywatyzacją. – Spółki prawa handlowego tworzone przez samorządy to żadna prywatyzacja – mówi Norbert Raba z Platformy Obywatelskiej. – Wierzmy, że sa-

morządy lepiej poradzą sobie z prowadzeniem szpitali, bo wiedzą lepiej jakie usługi powinny być wykonywane na danym terenie.

– Przecież samorządom pozwalacie sprzedawać udziały bez ograniczeń – ripostował Marek Balicki z SdPL.

Zmiany te zaniepokoiły także przedstawicieli strony społecznej. Wszystkie związki zawodowe, organizacje pacjentów, a także samorząd lekarski były zgodne, że obowiązek prywatyzacji będzie groźny dla pacjentów.

– Środowisko lekarskie zawsze postulowało zmiany rynkowe w systemie, ale tak liberalnego systemu nie ma nigdzie na świecie. To nie jest dobry kierunek – mówi Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – To oznacza tylko jedno, że państwo chce się pozbyć odpowiedzialności za ochronę zdrowia w Polsce.

Ewa Kopacz w odpowiedzi podała przykład Estonii, która z powodzeniem sprywatyzowała szpitale. Mówiła też, że obecnie prywatyzowane są tylko dochodowe oddziały, a reszta popada w ruinę.

Czy prywatne znaczy dobre?

Zwolennicy przekształceń szpitali podkreślają, że przecież już mamy sprywatyzowane szpitale, które świetnie sobie radzą. W Polsce działa 61 szpitali przekształconych w spółki prawa handlowego. Większość z nich przed przekształceniami borykała się z długami, a dziś wypracowuje zyski. Ponad 96 proc. udziałów w przekształconych placówkach należy do samorządów, prywatni inwestorzy mają w nich niespełna czteroprocentowy udział.

– W strukturze własnościowej szpitali samorządowych 62 proc. należy do powiatu, 28 proc. – do marszałka województwa, 3,8 proc. – do gminy, a sektor prywatny ma 3,9 proc. udziałów – wyjaśnia Krzysztof Tuczański, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządo-

wych i dyrektor niepublicznego szpitala w Zamościu.

Podkreśla, że jego szpital prowadzi także niedochodowe oddziały, a ich działalność finansuje z tych bardziej zyskowych. Warto podkreślić, że np. w 2006 r. szpital w Zamościu zarobił 1 mln 100 tys. zł netto. Dla porównania w 2004 r. – przed przekształceniem szpitala w spółkę handlową – zamojska placówka miała stratę 8 mln 400 tys. zł i 25 mln zł długu. – Formuła SP ZOZ-ów się zdezaktualizowała i nie przystaje do medycyny XXI w. – podkreśla Tuczański.

Jednak lekarze pracujący w zamojskiej placówce (oczywiście anonimowo) narzekają, że szpital wypracowuje zysk ich kosztem, bo otrzymują niskie wynagrodzenia, a w dodatku trudne, kosztochłonne przypadki są odsyłane do innych placówek. Czy po przekształceniu wszystkich szpitali do takich sytuacji nie będzie dochodzić, bo po prostu nie będzie gdzie odesłać trudnych pacjentów? A może zaczną się „przerzucanie” pacjentami między placówkami? Na te pytania minister Kopacz nie odpowiada.

Najważniejsze – pieniądze

Nie do końca wiadomo także na jakich zasadach odbędzie się oddłużanie placówek, bo prace nad odpowiednimi przepisami dopiero trwają. Nie wiadomo więc, czy – jak przy poprzednich oddłużeniach – najwięcej zyskają te placówki, które były najgorzej zarządzane i miały największe długi. Ale ważniejszy problem, to ten jak szpitale-spółki mają bilansować swoją działalność, skoro kontrakty z NFZ-em są zaniżone. To właśnie jest główny powód sprzeciwu samorządu lekarskiego wobec prywatyzacji. – Trudno wyobrazić sobie, że bez odpowiedniej wyceny świadczeń szpitale będą w stanie zbilansować swoją działalność – podkreśla Radziwiłł.

– Bez odpowiedniego finansowania, na poziomie co najmniej 6 proc. PKB

żadna reforma zdrowia się nie powiedzie – dodaje Bolesław Piecha, były wiceminister zdrowia z PiS.

W dodatku w nowych przepisach nie ma o kontroli przepływu pieniędzy ze składki. To poważne zastrzeżenia, ale koalicja rządowa jest dobrej myśli – zdaniem posłów PO przekształcenie szpitali w spółki spowoduje racjonalizację wydatków, więc nie potrzeba będzie większych nakładów. Tym bardziej, że przy zmianie kontraktowania na JGP (jednorodne grupy pacjentów) zwiększono wycenę procedur. – Chirurgia nadal jest nieoszacowana, mimo zapowiedzi, że jej finansowanie zwiększono o 30 proc. – podkreśla Wojciech Witkiewicz, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich. – Oceniamy, że nadal szpitale dostają o 10-20 proc. za mało.

Jak wynika ze wstępnych wyliczeń szpitali – nadal opłaca się przyjmować pacjentów nieoperacyjnych (dokładnie tak samo było przed zmianą). Co więc zmieni się po reformach minister Kopacz? – Zostaną skrócone kolejki, będą wykonywane tylko te świadczenia, które są niezbędne, a szpitale przestaną się zadłużać – przekonuje minister Kopacz. – W obecnym systemie nie jest dobrze ani pacjentom, ani lekarzom i dlatego trzeba to zmienić.

Tylko czy będą to rzeczywiście zmiany na lepsze?

– Byłem zwolennikiem stosunkowo wysokiego stopnia solidaryzmu społecznego i pozostaję nim nadal. Tak było dwadzieścia lat temu, tak było dziesięć lat temu, tak jest i dzisiaj – powiedział podczas spotkania ze związkowcami prezydent Lech Kaczyński.

Spotkanie prezydenta z częścią środowisk medycznych zakończyło się, niestety, brakiem konkretnych deklaracji. Przedstawiciele organizacji związkowych oraz samorządów zawodowych uczestniczących w pracach sejmowej Komisji Zdrowia nad pakietem ustaw zdrowotnych podkreślali po rozmowach z prezydentem, że projekty PO są szkodziły zarówno dla nich, jak i dla pacjentów. Liczą, że prezydent będzie interweniować w tej sprawie. Mówili, że konieczne są zamiany w ustawach, nad którymi parlament będzie kontynuował prace we wrześniu.

Związkowcy i samorządowcy podkreślali, że chcieli spotkać się z prezydentem, ponieważ obiecał być gwarantem dialogu społecznego, a nie po to,

aby prosić o ewentualne weto dla ustaw zdrowotnych. Poinformowali, że kolejne spotkanie odbędzie się pod koniec sierpnia.

Podsekretarz stanu w Kancelarii Prezydenta Andrzej Duda powiedział, że prezydent ma nadzieję, iż nie będzie konieczności wetowania ustaw zdrowotnych oraz że będzie możliwość dialogu.

Wyjaśnił, że na spotkanie zostały zaproszone organizacje, które o nie prosiły. Dodał, że środowiska te czują się rozżalone, że ich zdanie nie zostało wzięte pod uwagę przy procedowaniu ustaw.

Rozpoczynając spotkanie Prezydent RP powiedział m.in.:

„Dziękuję bardzo Państwu za przybycie. Jeżeli chodzi o sprawę dialogu społecznego, to ja będę Państwa z uwagą słuchał. Zdaję sobie sprawę, że pod tym względem w ostatnich miesiącach popełniono istotne błędy, że w tak ważnej dla całego społeczeństwa sprawie głos związków zawodowych, samorządu był słyszalny w sensie medialnym, natomiast jeśli idzie o przygotowanie różnego rodzaju projektów, to słyszalny był w tak minimalnym stopniu, że doszło do wycofania przedstawicieli samorządu i związków zawodowych z prac podkomisji.

Nie zmieniam moich osobistych przekonań dotyczących służby zdrowia.

Byłem zwolennikiem stosunkowo wysokiego stopnia solidaryzmu społecznego i pozostaję nim nadal. Tak było dwadzieścia lat temu, tak było dziesięć lat temu, tak jest i dzisiaj. Jestem zwolennikiem gospodarki rynkowej, bo żaden inny model się na świecie nie sprawdził.

Trzeba zatem przyjąć – niezależnie od jej wad – że jest to rozwiązanie najbardziej optymalne. Natomiast sądzę, że dwie wartości w życiu ludzi, rodzin, całego społeczeństwa, powinny być w stosunkowo małym stopniu, najmniejszym jak to jest możliwe, objęte zasadami rynku. To jest dostęp do zdrowia i dostęp do wiedzy.”

Jak mówiła podczas konferencji prasowej Maria Ochman, szefowa Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, związkowcy poprosili prezydenta o podjęcie wysiłku uporządkowania projektów ustaw, tak, żeby były one bezpieczne dla społeczeństwa. Dodała, że po spotkaniu czuje się bardziej bezpiecznie oraz że na razie nie ma mowy o namawianiu prezydenta do wetowania ustawy, ponieważ jest jeszcze czas na naprawienie projektów.

Stomatologia polska potrzebuje pomocy

Anna Lella

Komisja Stomatologiczna NRL w stanowiskach i apelach wielokrotnie postulowała o takie ukierunkowanie działań w zakresie profilaktyki, aby zdrowie jamy ustnej nie pozostawało dłużej zaniedbaną strefą zdrowia publicznego.



Opieka stomatologiczna w zakresie bezpłatnych świadczeń stomatologicznych powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest niedoceniana i ulokowana na marginesie zainteresowań Narodowego Funduszu Zdrowia, a wcześniej kas chorych. Agendy rządowe, resort zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Edukacji, które odpowiadają za strategię i politykę zdrowotną, koordynację i realizację programów profilaktycznych i edukację prozdrowotną, nie doceniają jak się wydaje powagi sytuacji.

Izba lekarska od dawna zwracała uwagę na brak zdefiniowanej polityki zdrowotnej państwa w tym zakresie, a co za tym idzie, minimalne środki finansowe przeznaczane na leczenie stomatologiczne. Dla zwrócenia szczególnej uwagi na problemy profilaktyki i leczenia stomatologicznego przeprowadzono w siedzibie NIL debatę pt. „Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce”.

Czerwcową konferencja zorganizowana przez KS NRL była okazją do wymiany poglądów na szerokim forum osób zaangażowanych w zapewnienie właściwej opieki stomatologicznej polskim pacjentom.

Naszym gościem był, między innymi, prof. Kenneth Eaton, który jest ekspertem Europejskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego Jamy Ustnej, CECDO i jeszcze paru innych organizacji ds. finansowania systemów zdrowia, planowania personelu.

Wskaźniki określające stan zdrowia jamy ustnej Polaków są alarmujące, co może nie powinno dziwić przy tak niskiej świadomości społeczeństwa pozbawionego właściwej edukacji prozdrowotnej.

Prof. Maria Wierzbicka omawiając *Tendencje próchnicy, prognozy, potrzeby lecznicze i profilaktyczne*, na podstawie Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej, dała tego jasne przykłady. Ponad 60% matek 3-latków nigdy nie było z dzieckiem u stomatologa. Świadomość zdrowotną matek tych dzieci ukazuje także fakt, że matki same szczotkują zęby dwa razy dziennie, a dzieciom dwa razy dziennie szczotkuje zęby jedynie 30% z nich.

Na przestrzeni ostatnich lat zachowania zdrowotne dzieci zmieniają się na korzyść, wzrósł odsetek dzieci szczotkujących zęby, nawet dwa razy dziennie, wzrosło użycie past z uorem. Jednak tylko ok. 13% 6-letnich dzieci jest wolnych od próchnicy, podczas gdy celem WHO jest, aby wolnych od próchnicy było 80% dzieci w tym wieku.

Odsetek 18-latków z usuniętym z powodu próchnicy zębem stałym niemalże o połowę przekracza wartość, która jest uznana za dopuszczalną w tym przedziale wiekowym.

Oceniając stan zdrowotny społeczeństwa nie wystarczy lamentować, lecz odpowiedzieć na pytanie dlaczego tak jest.

Franciszek Szatko analizując polski model opieki stomatologicznej próbował odnaleźć pozytywne aspekty, np. to, że Pol-

ska posiada jeden z najwyższych w Europie wskaźników „nasylenia” lekarzy dentyków, mamy bowiem dużą liczbę wysoko wykwalifikowanych lekarzy dentyków.

Obecnie jest też wysoka dostępność wszystkich ważnych środków do utrzymywania higieny jamy ustnej, choć dostępność nie jest równoznaczna z osiągalnością.

Istotne jest także, że w Narodowym Programie Zdrowia, dzięki zaangażowaniu prof. B. Adamowicz-Klepalskiej i prof. M. Wierzbickiej, znalazł się cel dotyczący intensyfikacji zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży.

Opisując negatywne zjawiska funkcjonujące w polskim systemie należy stwierdzić, że na pierwszy plan wysuwają się problemy ekonomiczne, czyli bardzo niskie nakłady na cały publiczny sektor ochrony zdrowia, w tym stomatologię. W Polsce od kilkunastu lat spada ranga problematyki stomatologicznej, co skutkuje drastyczną redukcją środków przeznaczonych na ten cel. Przykładem tego jest **średnia kwota w opiece stomatologicznej przeznaczona rocznie na osobę, która pokrywa zaledwie 1/4 kosztów wypełnienia jednego ubytku**.

Ponadto dzieci i młodzież nie są traktowane jako grupa szczególnej troski, nie ma refundacji kosztów leczenia dziecka w sektorze prywatnym, a w sektorze publicznym brakuje wydzielonych dni lub godzin przyjąć tylko dla dzieci, choć takie rozwiązanie występuje w wielu krajach. Nie ma

też normy maksymalnego czasu oczekiwania dziecka na pierwszą wizytę.

Są przeprowadzane akcje prewencyjne, jest wiele znamienitych postaci zajmujących się profilaktyką, ale nie ma wieloletnich, ogólnokrajowych programów (czyli działań mających charakter obligatoryjny, ogólnokrajowy, wieloletni, z określonym budżetem).

Opłacanie kosztów leczenia jest problematyczne nie tylko w Polsce. Prof. Eaton omówił wnikliwie cztery zasadnicze metody finansowania opieki stomatologicznej: fundusze publiczne, opłaty prywatne, system mieszany składający się ze środków publicznych i opłat prywatnych oraz inne metody.

W ramach środków publicznych można wyróżnić różne systemy, takie, w których środki publiczne są administrowane wyłącznie przez rząd i organy administracji publicznej – na poziomie ogólnokrajowym lub lokalnym. Zakres przysługujących świadczeń może być różnorodny. **W niektórych krajach dzieciom i młodzieży do 18 roku życia przysługuje pełen zakres świadczeń**.

Podsumowując rozważania dotyczące metod finansowania prof. Eaton zauważył, że bez względu na przyjęty system tym, kto płaci, zawsze jest pacjent – czy to bezpośrednio, czy pośrednio poprzez podatki lub ubezpieczenie, czy w związku z zatrudnieniem w danej organizacji lub firmie.

Postawił dwa istotne pytania: Czy metoda finansowania poprawia wskaźnik jakości do ceny i czy metoda finansowania wpływa na jakość świadczonej opieki? W każdym państwie trudno jest znaleźć w opiece zdrowotnej równowagę pomiędzy aspektem ekonomicznym a socjalnym. Wymienia się pięć systemów stosowanych przy opłaceniu świadczeń: opłata za świadczenie, opłaty kapitałowe, wynagrodzenie pracownicze, duże kontrakty, inne. Każdy z systemów ma zalety i wady. Nie ma zbyt wielu opracowań porównawczych, a te, które zostały przygotowane, nie pozwalają na dokonanie uogólnień.

W planowaniu opieki stomatologicznej wymienia się sześć kluczowych kwestii: potrzeby populacji, docenianie znaczenia zdrowia ogólnego i zdrowia jamy ustnej, dostępne zasoby finansowe i ludzkie, wola i wpływy polityczne, kto podejmuje decyzje, systemy pilotażowe i monitorowanie.

Potrzeby populacji muszą być oceniane za pomocą lokalnych i ogólnokrajowych badań epidemiologicznych. Ale oprócz potrzeb istnieją również wymagania pacjentów, które w stomatologii coraz częściej są wymaganiami związanymi nie tylko ze zdrowiem, ale z kosmetyką. To rów-

nież trzeba brać pod uwagę podczas planowania.

Czy traktowanie zdrowia ogólnego i zdrowia jamy ustnej jako priorytetu jest obowiązkiem indywidualnym, czy raczej obowiązkiem społecznym? Z całą pewnością **zarówno WHO, jak i Karta Praw Człowieka jednoznacznie uznają, że dostęp do dobrej opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem człowieka**. Niewątpliwie mieści się w tym także opieka stomatologiczna.

Istnieje polityczna presja na szybkie zmiany, aby móc coś zaprezentować przed kolejnymi wyborami. Z tego względu brakuje czasu na testowanie planowanych rozwiązań, pomimo że są to koszty doraźne, mogące przynieść długoterminowe oszczędności.

Prof. Maria Borysewicz-Lewicka, przewodnicząca Sekcji Stomatologii Dziecięcej PTS, zaprezentowała działalność Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w zakresie profilaktyki stomatologicznej w Polsce. PTS w ramach prowadzonej działalności szkoleniowej od wielu lat szkoli także w zakresie profilaktyki, ponadto w ostatnich latach z inicjatywy producentów środków do higieny jamy ustnej rozwinęło się wiele projektów profilaktycznych. Towarzystwo wspiera, ale również ocenia jakość wielu programów prowadzonych przez producentów środków do higieny jamy ustnej. PTS zgłosiło projekt edukacyjny w szkołach rodzenia dla przyszłych rodziców, który został z uznaniem przyjęty także za granicą, wyróżniony przez FDI.

Omawiając *Europejskie zasoby kadrowe opieki stomatologicznej* prof. Kenneth Eaton podkreślił, że stałe monitorowanie jest kluczowym elementem planowania kadr.

Podjmując działania w zakresie planowania kadr medycznych, czy to na poziomie krajowym, czy międzynarodowym, należy dysponować szczegółową wiedzą na temat podstawowych wartości społecznych, tła historycznego, zasobów edukacyjnych i finansowych, umiejscowienia opieki zdrowotnej w hierarchii pozostałych zagadnień, źródła oraz poziomu środków finansowych przeznaczanych na świadczenia zdrowotne, jak również zakresu władzy sprawowanej przez polityków, a ponadto z perspektywy Unii Europejskiej kwestii swobodnego przepływu pracowników ochrony zdrowia.

Ogromne znaczenie ma swobodny przepływ pracowników oraz zmieniające się potrzeby lecznicze.

Wzrasta zapotrzebowanie na stomatologię estetyczną (ortodoncja, wybielanie zębów, implanty).

dokończenie na str. 12

REKLAMA

REKLAMA

Stomatologia polska potrzebuje pomocy

dokręcenie ze str.11

W niektórych krajach dane wskazują na wzrost zachorowalności na schorzenia onkologiczne jamy ustnej. Brakuje natomiast dokładnych danych dotyczących sytuacji w zakresie chorób periodontologicznych.

Ma to spory wpływ na potrzeby kadrowe, gdyż przeważnie chodzi w tym przypadku o skomplikowane świadczenia medyczne. Zdaniem prof. Eatona można twierdzić, że w coraz większym stopniu osoby młode potrzebujące opieki stomatologicznej mniej skomplikowanej i w mniejszej ilości mogłyby być pod opieką nie lekarzy dentystów, a osób wykonujących zawody pomocnicze (terapeuci stomatologiczni, higienistki dentystyczne itp.), które pod nadzorem stomatologa wykonywałyby proste procedury. Lekarz dentysta przyszłości powinien posiadać kwalifikacje do udzielania bardziej skomplikowanych świadczeń osobom starszym.

Wzrasta liczba higienistek.

Z danych ogólnosięciowych z roku 2003 wynika, że w USA liczba higienistek była prawie taka sama jak liczba lekarzy dentystów, podobnie było w Kanadzie, natomiast w Japonii na 4 lekarzy przypadały 3 higienistki. Natomiast w UE stosunek ten był zdecydowanie niższy (ok. 245 000 lekarzy i ok. 13 000 higienistek). W tym okresie Kanada z 30 mln mieszkańców miała więcej higienistek niż cała UE.

Podjęcie działań w zakresie planowania kadr należy mieć na uwadze zarówno kontekst europejski, jak i krajowy.

Sugeruje się, szczególnie w Wlk. Brytanii, że dentyści zaczynają pracować w mniejszym wymiarze czasu. **Badania przeprowa-**

dzone wśród młodych dentystów rzeczywiście wskazują, że istotna jest dla nich równowaga pomiędzy pracą a życiem prywatnym i nie chcą, aby cały ich czas poświęcony był pracy.

Sytuacja dotycząca liczby techników dentystycznych nie jest jasna, ponieważ w większości państw brakuje rejestrów dla tego zawodu. Obecnie można zaobserwować, że wiele zleceń otrzymują pracownicy znajdujące się poza Europą (np. na Filipinach i w Chinach), ponieważ ich usługi są tańsze.

Zdaniem prof. Eatona w przyszłości jeszcze bardziej wzrośnie znaczenie kształcenia podyplomowego i kształcenia ustawicznego. To wszystko jednak stoi w obliczu problemu związanego z brakami kadry akademickiej, co jest widoczne nie tylko w Polsce, ale także w Niemczech i Wlk. Brytanii. Tradycyjny tok kształcenia nauczycieli akademickich zajmuje wiele lat i dla wielu atrakcyjniejsze jest prowadzenie prywatnej praktyki. W przyszłości trzeba więc będzie inaczej spojrzeć także na sposób kształcenia kadr akademickich.

Planowanie należy opierać na różnych podstawach (m.in. liczba personelu w odniesieniu do liczby mieszkańców, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, analizy funkcjonalne). Wszystkie te metody mają wady. Najpopularniejszym wskaźnikiem jest stosunek liczby pracowników ochrony zdrowia do liczby mieszkańców. Ta metoda planowania jest jednak bardzo wątpliwa, ponieważ nie zachęca do korzystania z mieszanych zespołów stomatologicznych składających się z różnych grup zawodowych, prowadzi do pobieżnej analizy potrzeb. Metoda ta nie bierze pod uwagę, że nie cały personel jest aktywny klinicznie. Metoda ta nie uwzględnia też poziomu umiejętności personelu, ani wieku oraz płci pracowników. Prof. Eaton za-

sugerował więc, aby bardzo sceptycznie podchodzić do tej metody jako podstawy planowania kadr.

Konkludując prof. Eaton zaznaczył, że jest szereg czynników, które należy brać pod uwagę planując zmiany w odniesieniu do kadr stomatologicznych. Planowanie jest trudne na poziomie krajowym, a na poziomie europejskim jeszcze trudniejsze i bez dokładnych danych oraz analiz wręcz niemożliwe. Zbyt wysoka lub zbyt niska liczba pracowników w opiece stomatologicznej nie leży w interesie ani tych pracowników, ani pacjentów. Historia wskazuje, że decydenci rzadko próbują wprowadzać zmiany w odniesieniu do kadr medycznych, zanim nie nastąpią istotne zmiany epidemiologiczne, a kiedy to następuje, wprowadzane zmiany znajdują się pod większym wpływem polityki niż wskazań nauki lub logiki.

Podsumowując konferencję moderator spotkania prof. Honorata Shaw podkreślił, że debata jest wielkim osiągnięciem i że wzięli w niej udział wszyscy zainteresowani problemami stomatologii: przedstawiciele izb lekarskich, środowisk akademickich, Ministerstwa Zdrowia. Dziękując wszystkim zebranym za dyskusję zaprosiła do nadsyłania wniosków oraz propozycji także po spotkaniu.

Podczas dyskusji poruszono wiele aspektów, m.in.:

- spójną politykę zdrowotną,
- kwestię powołania głównego stomatologa kraju, którego nadal w Polsce brakuje,
- zwiększenie nakładów na podstawową opiekę stomatologiczną,
- wdrożenie opartych na dowodach naukowych programów profilaktycznych dla dzieci w wieku przedszkolnym – programy takie są absolutnie konieczne,
- rewitalizację podstawowej opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży szkolnej z wykorzystaniem standardów,
- rozwój programów zdrowotnych dla grup szczególnego ryzyka.

Jednak główny nacisk został położony na edukację.

Debata wzbudziła duże zainteresowanie i przyczyniła się do podniesienia świadomości o powadze stanu zdrowotnego społeczeństwa, a także ogromnych potrzeb w szczególności w profilaktyce i leczeniu dzieci i młodzieży w Polsce.

Podczas spotkania padło stwierdzenie, że stomatologia polska potrzebuje pomocy, mamy nadzieję, że wspólne działania przyniosą z czasem poprawę obecnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie zdrowia jamy ustnej, a co za tym idzie zdrowia ogólnego Polaków.

Anna Lella

Problemy lekarzy emerytów

Więcej serca

Emeryckie środowiska lekarzy i lekarzy dentystów są chyba jedną z najbardziej zintegrowanych grup w samorządzie.

Zdyscyplinowanie biorą udział w wybo-
rach, organizują wyjazdy turystyczne za granicę i po kraju, organizują wystawy malarskie, uczestniczą w imprezach kulturalnych i rekreacyjnych.

Jednym z problemów jest coraz mniej pieniędzy, które przeznacza samorząd na ich działalność. Przypomnę, że część składek powinna wrócić na działalność kół izb lekarskich, czyli do tych, którzy je pła-
cą oraz na działalność, którą uważają za najbardziej potrzebną dla siebie.

Jednym z ważniejszych problemów komisji seniorów (lub emerytów) są problemy kolegów chorych i nie przystosowa-
nych do obecnej rzeczywistości. Są to ludzie, którzy z powodu choroby nie pracują, ich dzieci i wnuki często wyjechały za granicę w poszukiwaniu pracy, ich szpitale i przychodnie zlikwidowano, emerytury są bardzo niskie, a oni sami wstydzą się poprosić kogokolwiek o pomoc.

Samorząd lekarski nie ma żadnego wpływu na wysokość rent i emerytur. To poszczególne rządy ustalają ich wysokość, a są to ochłapy, z których trudno żyć, a jeszcze trudniej umrzeć. Niestety, samorząd lekarski nic nie może zmienić, może tylko pomagać dając zapomogi, ale to za mało. Od wielu lat dyskutujemy z każdym ministrem, aby lekarze emeryci i renciści mogli sami wypisywać skierowania do specjalistów i szpitali. Skutecznością nie możemy się tu pochwalić. Powinniśmy jednak walczyć o to, a zapis powinien być prosty, tj. lekarz i lekarz dentysta, emeryt lub rencista może wypisywać skierowania tylko sobie i najbliższemu członkowi rodziny emerytom bądź rencistom.

Starsi lekarze skarżą się, że nie są przyjmowani i za mało szacunku okazują im młodszy koledzy. Szczególnie dotyczy to dużych miast, w których nie ma ich szpitali i przychodni, w których pracowali. Pomysłów nie brakuje, np. aby samorząd wykupił świadczenia specjalistyczne dla swoich starszych kolegów. Myślę, że pojawiają się również inne propozycje, którymi koledzy podzielą się z nami.

Pierwszą rzeczą jest wydanie legitymacji lekarza emeryta lub rencisty. Wtedy byłoby łatwiej rozpoznawalni w innych placówkach. Następnie w każdej placówce samorządu trzeba by było udostępnić pomieszczenie, w którym dyżurowaliby codziennie koledzy z komisji seniorów. Tam mogliby przychodzić ci, którzy wstydzą się swoich problemów zdrowotnych i życiowych oraz mogliby porozmawiać ze swoimi starszymi kolegami, a przyjmować mogliby ich wybitni specjaliści emeryci, którzy doradzaliby jak i gdzie się leczyć.

Uważam, że przedstawiciele samorządu również powinni się spotkać z przedstawicielami opieki społecznej i „Caritasu” przedstawiając problemy swoich starszych kolegów, gdyż lekarz jest takim samym obywatelem naszego kraju jak każdy inny i należy mu się pomoc, jak każdemu innemu obywatelowi.

Kolejnym problemem są domy i mieszkania, w których mieszkają lekarze. Aby utrzymać taki dom czy mieszkanie, potrzebne jest zdrowie i pieniądze. Jeżeli spadkobiercy nie dają znaku życia, a mieszkania popadają w ruinę, to trzeba zaproponować rozwiązania prawne – zamiana lub sprzedaż takiego domu pozwoliłoby godnie żyć emerytowi. Na to nie potrzeba dużego wysiłku, tym zajmują się wyspecjalizowane firmy, które są w stanie przyjąć do domu. Mogą również napisać do spadkobierców, czy są zainteresowani przejęciem lub sprzedażą nieruchomości.

Jest jeszcze jeden dość wstydlivy problem. Zbliża się Święto Zmarłych. Niektóre groby naszych kolegów są zaniedbane, nikt o nich nie pamięta. Wszyscy powinniśmy wskazać takie groby, a samorząd lekarski powinien zlecić utrzymanie porządku firmom, które się tym zajmują, bądź harcerzom, którzy robią to społecznie.

Myślę, że jest jeszcze więcej problemów, ale o tym już innym razem.

Ryszard Łopuch



Prof. Kenneth Eaton podczas wykładu.

I Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

12 września 2008 r. po raz pierwszy w historii obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej, ustanowiony przez Federację FDI, jedną z najstarszych międzynarodowych zawodowych organizacji, uznany światowym, kompetentnym i niezależnym głosem stomatologów.

Uchwałę o ustanowieniu Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej FDI przyjęło jesienią zeszłego roku w Dubaju.

Dzień 12 września nie został wybrany przypadkowo. Data ta ma swoją symbolikę i tradycję. Jest to data urodzin wielkiego propagatora idei zdrowia jamy ustnej, założyciela FDI dra Charlesa Godona, który urodził się 12 IX 1854 r. oraz rocznica przełomowej konferencji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) poświęconej podstawowej opiece zdrowotnej, również stomatologicznej (Ałma Ata, 12 IX 1978 r.).

Ankiety przeprowadzone wśród członków FDI również wskazały miesiąc września jako najbardziej odpowiedni okres roku na tego typu przedsięwzięcie. Większość narodowych działań na rzecz zdrowia jamy ustnej doskonale wkomponowuje się w projekt Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej i zbiega się w czasie z zaproponowaną datą, dając szansę wzmocnienia istniejących regionalnych dni czy tygodni poświęconych kreowaniu świadomości na temat profilaktyki i znaczenia schorzeń jamy ustnej.

Zamiarem FDI jest zapewnienie działań mających za zadanie uświadomienie rządowi i społeczeństwu znaczenia zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego, a także dla komfortu życia jednostki. Celem jest również zwrócenie uwagi decydentów na konieczność zapewnienia środków i możliwości dla poprawy sytuacji zdrowotnej spo-

łeczeństw w zakresie zdrowia jamy ustnej i wprowadzenie działań wzmacniających właściwą profilaktykę.

Dla większości lekarzy dentystów wiedza na temat poważnych, negatywnych konsekwencji, jakie choroby jamy ustnej mogą mieć dla zdrowia człowieka jest sprawą oczywistą. Dla ogółu społeczeństwa, atakowanego wiadomościami o chorobach nowotworowych, cukrzycy czy schorzeniach układu krążenia – szkodliwe efekty próchnicy mogą wydawać się kwestią mniej ważną i są ignorowane w ogólnym obrazie zdrowia.

Dlatego głównym problemem eksponowanym przez lekarzy dentystów zaangażowanych w promocję zdrowia jamy ustnej jest pokazanie wagi schorzeń jamy ustnej oraz aspektu ekonomicznego, który wiąże się z wczesnym leczeniem tych schorzeń.

Rządy poszczególnych państw powinny zrozumieć, że właściwa polityka zdrowotna w zakresie stomatologii może przynieść w przyszłości ogromną korzyść społeczną w postaci podniesienia jakości życia, a także znaczne oszczędności finansowe ze względu na zmniejszenie następstw nieleczonych próchnicy.

Zagadnienia dotyczące zdrowia jamy ustnej zostały zaprezentowane podczas Światowego Zgromadzenia Zdrowia (*Sixtieth World Health Assembly WHO*, Genewa, 14-19 V 2007 r.). W wielu częściach świata alarmująco nasila się zachorowalność na schorzenia jamy ustnej. Dotyczy to nie tylko próchnicy zębów, ale również innych schorzeń, w tym onkologicznych. Sześćdziesiąte ŚZZ przyjęło bez zastrzeżeń rezolucję zgłoszoną przez Światową Federację Stomatologiczną FDI, popierając plan działania dotyczący poprawy zdrowia jamy ustnej na całym świecie i nakładając państwa członkowskie, aby zdrowie jamy ustnej było włączone do polityki integrowanego zapobiegania i leczenia chorób. Raport Sekretariatu, po analizie problemów związanych z chorobami jamy ustnej, zakreśla ramową politykę i strategię dla poprawy zdrowia jamy ustnej. Również Konferencja Okrągłego Stołu (*Health Strategies in Europe*) zorganizowana w ubiegłym roku w Lizbonie w ramach portugalskiej prezydencji UE zajęła się zdrowiem jamy ustnej i jej powiązaniem ze schorzeniami ogólnymi, poświęcając tym zagadnieniom odrębną sesję.

Próchnica zębów jest najbardziej rozpowszechnioną na świecie przewlekłą chorobą, szczególnie dotyczącą dzieci. W Polsce powszechność chorób jamy ustnej jest zaskakująca. Choroby jamy ustnej skutku-

ny czas bez pracy lub szkoły spowodowany chorobą zębów lub znaczący procent ludzi, którzy doświadczyli bólu zębów w okresie ostatnich 6 miesięcy. (...)

Spytaj dziecko, które nie było w stanie spać przez 3 noce z powodu mocnego bólu zębów. Spytaj kobietę w ciąży, która nie jest w stanie odżywiać się odpowiednio z powodu owrzodzeń błony śluzowej jamy ustnej lub/i nadwrażliwości spowodowanej próchnicą zębów. Spytaj człowieka, który nie jest w stanie pracować z powodu bólu wywołanego infekcją zębów i który musi podróżować do odległej gminy na leczenie, na które często go nie stać. Spytaj starszą osobę, która cierpi na posocznicę dentystycznego pochodzenia. Odpowiedź jest prosta. Schorzenia stomatologiczne mają poważne negatywne konsekwencje na zdrowie jednostki, jak i również na jakość jej życia – apelował prezydent FDI dr Burton Conrod.

FDI już zapowiada dążenie do ustanowienia globalnego charakteru Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej (w ramach organizacji United Nations/WHO). FDI ma zaszczyt obchodzić pierwszy Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej razem z 191 członkami tej organizacji na całym świecie – powiedział dr Burton Conrod. – Mam nadzieję, że świadomość wagi zdrowia jamy ustnej może przyczynić się do światowego uznania tego dnia.

Dentyści świata są gotowi do niesienia pomocy każdemu człowiekowi w jego dążeniu do osiągnięcia optimum w zdrowiu jamy ustnej poprzez profilaktykę i najwyższej jakości standardy opieki.

Jako że Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej będzie obchodzony po raz pierwszy w tym roku, FDI nie zdecydowało się skupić działań na konkretny temat, lecz najlepiej wykorzystać okazję, by w ogóle podnieść świadomość znaczenia zdrowia jamy ustnej jako wyznacznika zdrowia ogólnego i jakości życia. ERO jednakże sugeruje koncentrację uwagi na profilaktyce onkologicznej z zakresu jamy ustnej (ze względu na najdalej idące konsekwencje), propagowanie współczesnej wiedzy o występowaniu zmian przednowotworowych i aktualnych poglądów dotyczących czynników ryzyka tych chorób.

Anna Lella

www.fdiworldental.org
FDI jest ogólnosiątkowym, autorytatywnym i niezależnym głosem stomatologów. Reprezentuje blisko milion lekarzy dentystów na świecie z ponad 130 organizacjami stowarzyszonych z ponad 135 państw świata.

FDI Policy Statement “World Oral Health Day” adopted by the FDI General Assembly 26th October 2007, Dubai.

REKLAMA

REKLAMA

PTS

Ogłoszony w tym roku po raz pierwszy przez Międzynarodową Federację Dentystyczną FDI Dzień Zdrowia Jamy Ustnej obchodzony będzie również w Polsce.



Jednym z dwóch polskich członków (obok izby lekarskiej), który należy do tej federacji, jest Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.

PTS to największa naukowa organizacja stomatologiczna zrzeszająca ok. 8000 członków. Towarzystwo zostało utworzone w 1951 r. i do momentu powstania izb lekarskich pełniło również ich rolę, będąc reprezentantem naszego środowiska wobec władz państwowych, uczelni medycznych, innych środowisk medycznych oraz międzynarodowych organizacji dentystycznych.

Głównym celem PTS jest działalność szkoleniowa i naukowa.

Oddziały i Sekcje PTS organizują rocznie ok. 250 spotkań szkoleniowych oraz 10 konferencji i sympozjów naukowych.

Towarzystwo jest jedynym wydawcą dwóch periodyków naukowych („Czasopismo Stomatologiczne” i „Protetyka Stomatologiczna”), a także współwydawcą kolejnych trzech („Dental & Medical Problems”, „Dental Forum”, „Stomatologia Kliniczna”).

Jednym z głównych kierunków aktywności PTS jest promocja zdrowia jamy ustnej. Dzieje się to przez popularyzację wyników badań naukowych, promowanie zachowań prozdrowotnych i współpracę z firmami medycznymi prowadzącymi wiele akcji i programów profilaktyczno-leczniczych.

Towarzystwo jest corocznie współorganizatorem m.in. akcji „Miej Zdrowe Zęby na 7”, „Miesiąc Totalnie Zdrowego Uśmiechu”, „Żuj gumę po jedzeniu”, programów dla sześciolatków i młodzieży szkół średnich.

Wraz z Międzynarodową Federacją Dentystyczną FDI towarzystwo jest twórcą polskiej wersji programu „Live, Learn, Laugh”, skierowanego do kobiet w ciąży.

PTS jako członek FDI oraz Europejskiej Organizacji Dentystycznej-ERO współpracuje z wieloma międzynarodowymi organizacjami stomatologicznymi, m.in.: Amerykańskim Towarzystwem Dentystycznym ADA, Akademią Pierre Faucharda, Niemieckim Towarzystwem Dentystycznym DGZMK, Międzynarodowym Stowarzyszeniem Naukowo-Badawczym Podstawowych Nauk Medycznych i Stomatologicznych GIRSO oraz europejskimi i światowymi towarzystwami specjalistycznymi (protetycznym, periodontologicznym, ortodontycznym, endodontycznym, radiologicznym).

Więcej informacji o PTS na stronach: **www.pts.net.pl** oraz **www.portalPTS.pl**

prof. dr hab. Marek Ziętek
prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Profilaktyka

Andrzej Wojtowicz

O ile zdrowa jama ustna zapewnia pełną „symbiozę” z organizmem, o tyle pojawienie się czynników patogennych w jamie ustnej zazwyczaj jest początkiem choroby organizmu lub też pogłębia często znacznie istniejące ogólne objawy chorobowe.

Stan zdrowia stomatologicznego – stan zdrowia jamy ustnej Polaków nie tylko pozostawia wiele do życzenia; nikt z pacjentów i lekarzy nie ma wątpliwości, jak wiele jest do zrobienia.

Co oznacza zdrowie jamy ustnej (oral health)?

W ostatnich latach ukazało się wiele doniesień naukowych, popularnych i raportów dotyczących zdrowia jamy ustnej populacji i wpływu na zdrowie ogólne ustroju. Spowodowało to duży progres w nauce, badaniach, biotechnologii prowadząc do poprawy zdrowia jamy ustnej i organizmu zwłaszcza u ludzi w krajach wysoko uprzemysłowionych. Nie bez znaczenia jest świadomość prozdrowotna, duże

środki przeznaczone na badania, profilaktykę w domach, szkołach i na promocję produktów i leków są niewystarczające. Bezpośrednim celem wszystkich tych działań jest poprawa zdrowia jamy ustnej oraz jakości życia (*the quality of life*), zwłaszcza iż najczęstsze choroby jamy ustnej, zwane cichą epidemią, to próchnica i choroby przyzębia. Te bakteryjne schorzenia prowadzą najczęściej do przedwczesnej utraty zębów i do konsekwencji w postaci zabiegów chirurgicznych i powikłań.

Trochę przypomnienia anatomii zgodnie z zasadą *repetitio – mater studiorum* est.

Słowo oral (ustny) wywodzący się z łaciny określa ogólnie jamę ustną. Jama ustna zawiera nie tylko zęby i dziąsła, ale również tkanki łączne, więzadła, kość, twarde i miękkie podniebienie, błonę śluzową wyściełającą jamę ustną aż do gardła. Jama ustna zawiera także język, usta, gruczoły produkujące ślinę, zwane śliniankami, mięśnie żwacze, szczęki górną i dolną zwaną żuchwą, połączone z czaszką za pośrednictwem stawu skroniowo-żuchwowego. Istotną rolę umożliwiającą komunikację jamy ustnej z mózgiem i resztą ciała pełnią naczynia krwionośne, przekazujące komórki, hormony, witaminy, tlen i chłonne stanowiące część sytemu immunologicznego, odpowiedzialnego za rozpoznawanie tego, co obce, a więc drobnoustrojów, pasożytów, wirusów i bakterii coraz częściej oportunistycznych.

Pojęcie zdrowej jamy ustnej oznacza zatem

znacznie więcej niż zdrowe zęby.

Prawidłowy stan systemu jamy ustnej, a więc np. stan wolny od ostrego, przewlekłego bólu, jamy ustnej twarzy, kompleksu czaszkowo-twarzowego pozwala na wykonywanie właściwych czynności esencjonalnych dla gatunku ludzkiego; mowy-uśmiechu, mimiki-ekspresji całej sfery uczuciowej i emocjonalnej, ssania-całowania, dotyku, odczuwania wyrafinowanego zapachu, np. feromonów, potraw i górnolotnie perfum, odczuwania i szybkich zmian smaku, np. bukietu napojów. Jama ustna pełni jeszcze jedną ważną czynność życiową, być może najważniejszą: chroni przed zanieczyszczeniami środowiska, nierazko środkami rakotwórczymi oraz – co jest szczególne i najistotniejsze – chroni przed wtargnięciem drobnoustrojów patogennych do organizmu dzięki barierze ślina-nabłonek-błona śluzowa. Zaburzenie tej bariery bądź wskutek próchnicy, bądź składu i stanu śliny, ale głównie wskutek naruszenia ciągłości błony śluzowej pokrytej nabłonkiem, może prowadzić do wtargnięcia bakterii, zakażenia organizmu i konsekwencji prowadzących w skrajnych przypadkach do śmierci, przy obniżonej odporności.

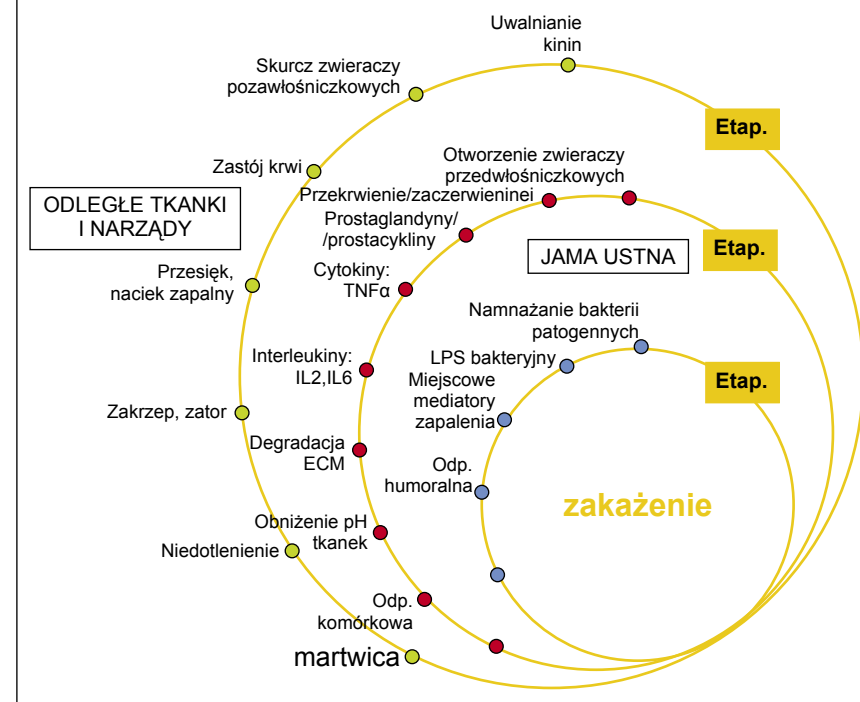
Nie możesz być zdrowy bez zdrowej jamy ustnej

Zdrowie ogólne i zdrowie jamy ustnej nie mogą być interpretowane jako osobno istniejące.

Zdrowie jamy ustnej jest krytyczną składową zdrowia i leczenie w jej obrębie musi być włączone w procedury ogólnomedyczne, poprzedzać zabiegi transplantacyjne i chirurgiczne. W badaniach prowadzonych w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej Instytutu Stomatologii, w Instytucie Transplantologii i Instytucie Dermatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego stwierdzono korelację między stanem higieny: nasileniem próchnicy, zapaleniem przyzębia, ropotokiem z kieszonek zębowych a rozwojem i progresją zmian o typie brodawczaka HPV w błonie śluzowej w obrębie jamy ustnej, okolicy anogenitalnej (począwszy od postaci subklinicznych, poprzez dysplazję różnego stopnia aż do raka).

Mówiąc szeroko o profilaktyce w stomatologii mamy na myśli w pierwszym rzędzie profilaktykę przeciwpóchnicową, prowadzoną u dzieci od wielu lat na szeroką, lecz niewystarczającą skalę, o czym świadczy obecność próchnicy zębów u 3-latków, ale także profilaktykę mającą na celu ograniczenie powstawania stanów zapalnych, szczególnie przewlekłych, często rozwijających się skrycie i bezobjawowo (diagnozowanie i leczenie ognisk zębopochodnych). Szybkie leczenie stanów za-

Etapy zapalenia w jamie ustnej i transmisja ogólnoustrojowa patogenów



palnych uniemożliwia ogólnoustrojową transmisję patogenów zapalenia z obszaru jamy ustnej. Patogenność lipopolisacharydów bakteryjnych (LPS) i stymulowane przez nie cytokiny: czynnik martwicy nowotworów TNF alfa i interleukina IL-1 są mediatorami prozapalnymi większości stanów chorobowych.

Schemat prezentuje etapy rozwoju zapalenia w jamie ustnej i rozprzestrzeniania się w organizmie.

Mówiąc o profilaktyce w stomatologii, w chirurgii stomatologicznej mamy również na myśli wczesne wykrywanie i diagnozowanie nowotworów jamy ustnej. Statystyka onkologiczna jest bezlitosna:

1. Liczba wykrywanych (nowych) zachorowań na nowotwory jamy ustnej/głowy i szyi wynosi ok. 6000.
2. 12 % ww. zachorowań to nowotwory złośliwe.

Leczenie nowotworów złośliwych ma charakter głównie chirurgiczny, często kończy się znacznym „ratującym życie okaleczeniem” pacjenta, co pociąga za sobą kosztowne leczenie nie tylko farmakologiczne, ale też rekonstrukcyjne (przeszczepienia kości, ich substytutów, tkanek niezmineralizowanych, na koniec epitezy niejednokrotnie stabilizowanych na implantach).

Profilaktyka pierwotna przeciwnowotworowa ma dużo większy wpływ na długość i jakość życia niż podjęcie specjalistycznego leczenia chirurgicznego i farmakologicznego wraz z ww. następstwami. 90 % zgonów na nowotwory złośliwe, będące wynikiem nawyków/nałogów (np. palenie,

picie alkoholu) i wpływu środowiska można eliminować.

Główna rola w pierwotnej profilaktyce przeciwnowotworowej głowy i szyi przypada lekarzom stomatologom: to my najczęściej badamy pacjenta w tej strefie. Istniejące programy/projekty przeciwnowotworowe są niewystarczające, procedury NFZ nie pokrywają kosztów diagnostyki przeciwnowotworowej, np. w aspekcie HPV, kiedy możliwe jest nie tylko stwierdzenie zakażenia, lecz określenie również ryzyka onkologicznego, rokowanie w zależności od typu wirusa. Nieefektywne jednak wydają się działania profilaktyczne u oportunistycznych, nałogowych palaczy, ale to stanowi odrębny problem motywacji i leczenia uzależnień oraz konsekwencji np. ubezpieczeń zdrowotnych.

Wzrost rozpoznawanych rokrocznie wczesnych zmian nowotworowych jest z jednej strony spowodowany ich wzrostem, z drugiej zaś wynika z efektów diagnostyki stomatologicznej i wzrostu świadomości prozdrowotnej społeczeństwa. Podjęte akcje takie jak Światowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej podnoszą świadomość prozdrowotną społeczeństwa i przy relatywnie niskich kosztach wykazują największy oddźwięk w aspekcie propagowania zdrowia i przyczyn zachorowań na nowotwory.

Autor jest prof. nadzw. WUM: Zakład Chirurgii Stom. w Warszawie, prezesem Pol. Tow. Chirurgii Jamy Ustnej i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz Ogólnopol. Stow. Implantologii Stom.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

• *Pani profesor, jak pani zdrowie?*

- *Co zrobić, by lekarze jednak zechcieli sami zadbać o swoje zdrowie?*

- Pewnie zdarzyło się pani w swojej karierze leczyć pacjentów – lekarzy. Czy są to „lepsi”, bo bardziej świadomi pacjenci czy też jest wręcz przeciwnie – nie chcą słuchać zaleceń, bo uważają, że wiedzą lepiej?

- Coraz częściej mówi się o epidemii otyłości, statystyki wciąż rosną – z czego to wynika?

• *Jak uchronić się przed otyłością? Jakiego badania należy regularnie przeprowadzać, na jakie czynniki zwracać uwagę?*

• **Otyłość to nie tylko kilka zbędnych kilogramów, ale także jeden z elementów tzw. zespołu metabolicznego. Jakie mogą być skutki otyłości?**



• *Kiedy ostatnio robiła pani badania kontrolne?*

Katarzyna Strzałkowska

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

Co drugi Polak ma nadwagę lub otyłość. Najbardziej niebezpieczna dla zdrowia jest otyłość brzuszna – kiedy obwód talii u kobiet wynosi powyżej 80 cm, a u mężczyzn powyżej 94 cm. Z badań wynika, że magazynowana na brzuchu tkanka tłuszczowa zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób: cukrzycy, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego i kamicy żółciowej.

Ze wszystkich państw Unii Europejskiej Niemcy są krajem o największej liczbie grubasów. Trzy czwarte niemieckich mężczyzn i prawie 59 proc. kobiet cierpi na nadwagę lub wręcz chorobliwą otyłość – wynika z raportu Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Otyłością (IASO). Pod względem nadwagi Niemcom niewiele ustępują Czesi (73,2 proc.), Grecy (73) i Cypryjczycy (72,6). Polacy z 56,4 proc. zajmują 19 miejsce w Europie. Wśród kobiet drugie miejsce za Niemkami zajmują Brytyjki (58,5). Za nimi plasują się Cypryjki (58) oraz Czeszki (57,6). Polki z 47,6 proc. zajmują 13 miejsce.

by otyłe częściej chorują na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność krążenia i oddechową, kamice żółciową, zwyrodnienie stawów i wiele innych chorób. Poza tym otyłość pogarsza jakość życia.

- ***Jak można sobie z nią radzić?***

- Kuracja odchudzająca to długi proces
- wymaga wytrwałości, silnej woli i motywacji. Konieczna jest trwała zmiana na-

Za osobę z nadwagą naukowcy uważają np. człowieka mierzącego 1,80 m i ważącego więcej niż 81 kg. Od wagi 97,2 kg uważa się go za chorobliwie otyłego.

Francesco Branca, doradca Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ds. odżywiania, wymienił wśród przyczyn nadwagi brak ruchu i nadmiar tłuszczu w pokarmach.

wyków żywieniowych – dieta, o odpowiednio zmniejszonej kaloryczności. Zaleca się zwiększenie spożycia wody i warzyw oraz ograniczenie tłuszczów zwierzęcych i pokarmów węglowodanowych o wysokim indeksie glikemicznym. Dla poprawy kondycji warto wykorzystywać każdą codzienną okazję dla ruchu. Zaleca się marsz, jazdę na rowerze, na nartach, gimnastykę, pływanie, gry w piłkę. Jako element wspomagający kurację odchudzającą może być stosowana farmakoterapia, ale jedynie pod nadzorem lekarza.

REKLAMA

Szkolenia dla lekarzy

20.09.2008 (Sobota), Warszawa, Ośrodek konferencyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciołka 16, sala wykładowa, ***Perioprotytyka i korony teleskopowe***, wykładowca: dr med. dent. Gregor Chmiel, techn. dent. Jakub Bonikowski

21.09.2008 (Niedziela), Warszawa, Ośrodek konferencyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciołka 16, sala wykładowa, **Perioprotytyka i korony teleskopowe. Warsztaty praktyczne**, wykładowca: dr med. dent. Gregor Chmiel, techn. dent. Jakub Bonikowski

18.10.2008 (Sobota), Warszawa, Ośrodek konferencyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciołka 16, sala wykładowa, **Nowości w stomatologii dziecięcej**, wykładowca: prof. Norbert Kramer, Niemcy

8-9.11.2008 (Sobota/Niedziela), Warszawa, Hotel „Agrykola”, ul. Myśliwiecka 9, sala wykładowa, **Strategia w leczeniu ortodontycznym. Wektory i momenty sił. Wygięcia, V teoria, petla T, łuk intruzyjny, łuk**

REKLAMA

REKLAMA —

ekstruzyny, prostowanie i przesuwanie zębów trzonowych. Kurs praktyczny I stopień, wykładowca: dr mistr. Miłosz Spidlen, Ołomuniec **21.11.2008** (Piątek), Warszawa, Ośrodek konferenecyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciółka 16, sala wykładowa, **Najnowsze osiągnięcia w leczeniu uzębienia zębów**, wykładowca: dr n. med. Frances Andreasen/Osterfeld, Dania

22.11.2008 (Sobota), Warszawa, Ośrodek konferencyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciołka 16, sala wykładowa, **Replantacje i transplantacje zębów**, wykładowca: prof. Jens Andreasen, Dania

23.11. 2008 (Niedziela), Warszawa, Ośrodek konferencyjny „Galeria na Kole”, ul. Ciołka 16, sala wykładowa, **Niefarmakologiczne metody kontrolowania łęku w gabinecie stom. Sedacja farmakologiczna, wziewna – podtlenek azotu w gabinecie stom**, wykładowca: lek. stom. Jacek Zarzycki, lek. stom. Maciej Bodal, lek. stom. Jacek Kowalski
Informacje: ESDENT, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. 071-353-83-51, tel./faks 071-354-02-17, www.ede.pl, e-mail: szkolenia@ede.pl

— REKLAMA

Rozszyfruj receptę

Publikowane ostatnio łamigłówki spotkały się ze szczególnie żywym odzewem, a rozwiązania nadchodziły przez wiele tygodni. Redaktor naczelny „GI” dr Marek Stankiewicz anonsował wysp nagród i oto lista nagrodzonych czytelników:

1. **Beata Hidebrand** z Wrocławia, 2. **Dominika Borkowska** ze Zduńskiej Woli, 3. **Dorota Boruch** z Łęcznej, 4. **Marek Łapiński** z Białegostoku, 5. **Anna Kołakowska** z Nieporętu, 6. **Rafał Stadryniak** z Ostrowca Świętokrzyskiego, 7. **Dariusz Kokoszka** z Zarzecza, 8. **Anna Wrzeszcz-Babiuch** z Żuromina, 9. **Anna Neneman** z Poznańa, 10. **Agnieszka Łuczak-Piątak** z synkiem **Tadziem** – wymieniamy oboje laureatów, tak bowiem została podpisana korespondencja.

Wszystkich kolegów proszę o kontakt mailowy (napiszcie jako temat korespondencji „adres laureata”), podanie swoich specjalizacji oraz dokładnych adresów pocztowych, na które prześlemy nagrody książkowe.

Nasz lekarski charakter pisma to nie tylko kłopot dla farmaceutów czy pacjentów. To wcale nierzadko kłopot dla innego kolegi lekarza proszącego o pisemną konsultację. Tym razem próbka takiej konsultacji o wątpliwym pożytku. Czekam na Wasze propozycje rozszyfrowania.

Prasa codzienna donosi o kolejnym wydłużeniu prac nad szerszym wprowadzeniem rozwiązań informatycznych w dokumentacji medycznej i szeroko rozumianych rozwiązaniach typu *on line* – wielka to szkoda! Może być trudno zmienić charakter pisma z dnia na dzień i jedynym skutecznym rozwiązaniem wszystkich problemów dotyczących czytelności recept, konsultacji, opisów badań jest dokumentacja elektroniczna. Rozumieją to znakomicie ludzie z Google i próbują zaprzęgnąć Internet do wszelkiego rodzaju usług medycznych – jak to robią można poczytać pod adresem <http://www.googlehealth.pl/>

Dokumentacja elektroniczna to czytelna, kompletna, dostępna dla każdego zainteresowanego i uprawnionego pracownika, pełna baza danych o pacjencie.

Jest coraz mniej lekarzy praktykujących na pierwszej linii frontu i jeżeli ich cenny czas będzie pożerało ręczne dzierganie peseli i adresów zamieszkania pacjenta, to można prognozować, że na badanie pacjenta i rozmowę z nim pozostanie jeszcze mniej czasu niż jest to teraz.

krystyna.knypl@compi.net.pl

[illegible]

SKOK *in*
12b Lekarskich

Pożyczka dla Lekarzy

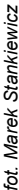
Warszawa

ul. Sobieskiego 110

tel. 022 331 66 07

infolinia 0 801 88 88 11

www.skokil.pl



Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 27 VI 2008

Prezydium przyjęło stanowisko **pozytywnie opiniując** kandydaturę dr n. med. Aleksandry Ciałkowskiej-Rysz na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Delegowano: Konstantego Radziwilla na Międzynarodowe Warsztaty nt. **Mobilności i Potrzeb Pracowników Ochrony Zdrowia** organizowane przez Komisję Europejską, w Brukseli w dn. 30.06-1.07 br.

Naczelna Rada Lekarska – 27 VI 2008

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2007**. Zatwierdzono wykonanie budżetu NIL za rok 2007, a zysk postanowiono przeznaczyć na zakup siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej.

NRL przyjęła uchwałę w sprawie **projektu ustawy o izbach lekarskich**.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **porozumienia politycznego** osiągniętego 9.06. br. na posiedzeniu Rady UE ds. **Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich (EPSCO)** odnośnie projektu zmiany Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003 r. **dotyczą-**

cej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. NRL, po zapoznaniu się z treścią porozumienia politycznego osiągniętego odnośnie projektu zmiany Dyrektywy 2003/88/WE dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy, uznała, że zniewolizowana Dyrektywa 2003/88/WE powinna zawierać postanowienia, w wyniku których czas pełnienia dyżuru medycznego będzie w całości traktowany jako czas pracy, zaś maksymalny średni wymiar czasu pracy będzie wynosił 48 godzin tygodniowo wyłącznie z godzinami nadliczbowymi oraz dyżurami. Wydużenie wymiaru czasu pracy ponad 48 godzin tygodniowo będzie mogło następować wyłącznie po wyrażeniu zgody przez lekarza (tzw. klauzula *opt-out*), przy czym maksymalny czas pracy lekarza, który wyraził taką zgodę, nie będzie mógł przekroczyć 65 godzin tygodniowo. NRL stanowczo sprzeciwiła się przyjętej przez Radę EPSCO możliwości rozróżnienia tzw. aktywnej i nieaktywnej części dyżuru medycznego. NRL poparała przyjęte przez Radę EPSCO rozwiązanie, że w przypadku korzystania z klauzuli *opt-out* wprowadza się maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy, na który pracownik może się zgodzić i którego nie będzie można przekroczyć nawet za jego zgodą. Jednocześnie Dyrektywa 2003/88/WE oraz ustawodawstwa krajowe w jak najpełniejszy sposób powinny uniemożliwić wszelką dyskryminację lekarzy, którzy nie wyrażą zgody na wydużenie czasu pracy ponad 48 godzin tygodniowo.

Prezydium NRL – 18 VII 2008

Prezydium przyjęło stanowiska **pozytywne opiniując kandydatów na konsultantów krajowego** w następujących dziedzinach: neurochirurgii – prof. dr. hab. n. med. Tomasz Trojanowski, chirurgii naczyniowej – prof. dr. hab. n. med. Waleriana Staszkiwicz, chirurgii onkologicznej – prof. dr. hab. n. med. Arkadiusz Jeziorski, medycyny ratunkowej – prof. dr. hab. n. med. Juliusza

Jakubaszki, rehabilitacji medycznej – prof.
dr. hab. n. med. Jerzego Kiperskiego oraz
prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Kwolka.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **recept lekarskich**. Prezydium uznało, że zamieszczenie na receptce kodu identyfikującego chorego z pęcherzowym oddzieleniem się nasłorka będzie stanowiło niezasadzadne naruszenie tajemnicy lekarskiej. Niezrozumiałe jest również uzasadnienie projektu, w którym podnosi się m.in. niejednoznaczność ustalenia przez osobę wydającą lek poziomu odporności. Należy podkreślić, iż to lekarz poprzez postawioną diagnozę decyduje o „zaszeregowaniu” pacjenta do grupy oznaczonej symbolem „P”. Prezydium postuluje ponadto, aby bezterminowo przedłużyć obowiązywanie dotychczasowych druków recept lekarskich.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o uchyleniu ustawy o zmianie ustawy o **świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** oraz ustawy o **ubezpieczeniach obywatelskich, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli**. Prezydium po rozpatrzeniu projektu stwierdza, iż opiniowany projekt nie zasługuje na aprobatę, gdyż jego przyjęcie doprowadzi w konsekwencji do zmniejszenia poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu zarządzenia **Prezesa NFZ** w sprawie **określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza**. Prezydium przedstawiło szereg uwag szczegółowych, m. in. fakt nieuwzględnienia nieumieszczenia na liście chorób wymagających rehabilitacji kilku jednostek chorobowych oraz niedopuszczalne ograniczenie

możliwości kierowania przez lekarza rehabilitanta pacjentów na badania dodatkowe niezbędne do zaplanowania postępowania.

Prezydium NRL – 8 VIII 2008

Prezydium przyjęło stanowiska **pozytywne opiniując kandydatów na konsultant krajowego** w następujących dziedzinach: ginekologii onkologicznej – prof. dr. hab. n. med. Witolda Kędzi, neuropatologii – dr hab. n. med. Teresy Wierzbą-Bobrowicz, periodontologii – prof. dr. hab. n. med. Marka Ziętka, protetyki stomatologicznej – prof. dr. hab. n. med. Stanisława W. Majewskiego, chirurgia stomatologicznego – prof. dr hab. n. med. Andrzeja Wojtowicza.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie poselskiego projektu **ustawy o sieci szpitali**. Prezydium uznało, że projekt ustawy w obecnym kształcie nie nadaje się, ze względu na znaczące błędy formalno-prawne oraz dezaktualizację związaną z czasem jego powstawania, do dalszych prac legislacyjnych. Zdaniem Prezydium cała koncepcja sieci szpitali wymaga ponownego przemyślenia. Celem ustawy powinno być przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli poprzez gwarantację zachowania sieci szpitali tworzonej na podstawie zdefiniowanych na danym obszarze potrzeb zdrowotnych (w szczególności zabezpieczenia na wypadek wojny i katastrof) określonych liczb łóżek w poszczególnych specjalnościach medycznych (10 000 mieszkańców, odległość do najbliższego szpitala), a nie budowa kosztownej biurokratycznej struktury, która będzie służyć samej sobie.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie **stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece** oraz Komunikatu w sprawie **wspólnotowych ram stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej**. Prezydium uważa, że wprowadzenie alternatywnego w stosunku do uprawnień określonych w rozporządzeniu WE nr 1408/71 mechanizmu korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej i pokrywania kosztów tej opieki jest kierunkiem ze wszech miar zasługującym na poparcie. Jest to zgodne z ideą UE, a zapewnienie czytelnym ram korzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej i zwrotu kosztów tej opieki znacznie ograniczy, a może nawet wyeliminuje zgłaszanie przez pacjentów skarg w tym zakresie do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Wprowadzenie zaproponowanych w projekcie dyrektywy rozwiązań powinno być poprzedzone zwiększeniem finansowania świadczeń w Polsce, aby zabezpieczyć bezpieczeństwo finansowe polskiego płatnika oraz pewnymi zmianami w systemie ochrony zdrowia w Polsce, tak aby wprowadzane uregulowania były bardziej transparentne.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rekomendacji o zasadach **regulujących prywatną kuratelę i wytyczne na przyszłość na wypadek utraty zdolności do prowadzenia swoich spraw**. Prezydium stwierdziło, że przyznanie prawa do ustanowienia tzw. prywatnej kurateli i wytycznych na przyszłość, dotyczących sytuacji, które mogą pojawić się w związku z utratą zdolności do prowadzenia swoich spraw, ma szczególnie duże znaczenie w opiece zdrowotnej. Prezydium w pełni poparło działania zmierzające do wprowadzenia uregulowań w tej sprawie i nie zgłosiło uwag do nadesłanego projektu „Rekomendacji”.

Delegowano:

- **Grzegorza Jasińskiego**, dyrektora Biura NIL, na Konferencję CPME „**Directive on the Application of Patients’ Rights in Cross-border Healthcare**”, w Brukseli 11.09.br.

- **Romualda Krajewskiego i Marka Sze-
czyńskiego**, pracownika Biura NIL, na
XV Sympozjum Izb Lekarskich Krajów
Europy Środkowej i Wschodniej, w dn.
12-13.09.br. w Caransebes w Rumunii.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w zorganizowanej w NIL konferencji „Kierunki usprawnienia opieki stomatologicznej w Polsce”.
- Udział w kolejnej konferencji Forum Medycyna 2010 w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźminkskiego.
- Udział w spotkaniu założycielskim Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich w siedzibie NIL.
- Udział w pracach sejmowych nad poselskim projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej Sejmu RP.
- Udział w warsztatach nt. zasobów ludzkich w zawodach medycznych w UE i krajach Europy południowo-wschodniej zorganizowanych przez Komisję Europejską w Brukseli.
- List do Siegmunda Kalinskiego z Niemiec – gratulacje z okazji otrzymania medalu Paracelsusa, najwyższego wyróżnienia w środowisku niemieckich lekarzy.
- Udział w posiedzeniu Rady Ośrodka Bietyki NRL.
- List do Wojciecha Rowińskiego, wiceprezesa Zarządu Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej – poparcie akcji przeprowadzenia spotkań promujących przeszczepianie narządów w środowisku lekarskim.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu nt. projektu obowiązkowych ubezpieczeń nt. pielęgnacji kymit.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.
- Udział w posiedzeniu Rady NFZ.
- List do Ewy Czerwińskiej, prezesa Polskiego Towarzystwa Homeopatycznego – stanowisko NRL w sprawie homeopatii.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu dot. programu profilaktyki u dzieci z hemofilią oraz planu finansowego NFZ.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Senatu dot. innowacji w ochronie zdrowia.
- Udział w pracach sejmowych nad projektami ustaw o szczególnych uprawnieniach pracowników ZOZ-ów, o konsultantach krajowych w ochronie zdrowia i ustawy przepisów wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Konwencji Bioetycznej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
- Spotkanie z ministrem zdrowia Zjednoczonego Królestwa A. Johnsonem.
- Udział w spotkaniu przedstawicieli organizacji pracowników ochrony zdrowia z Prezydentem Rzeczypospolitej.
- List do Macieja Płażyńskiego, prezesa „Wspólnoty Polskiej” – dot. VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej.
- Spotkanie z podsekretarzem stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej R. Mleczko nt. planów nowelizacji dyrektywy UE dot. niektórych aspektów czasu pracy.

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-21-710
faks 022-55- 13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

18.07.br. nastąpiło oficjalne **otwarcie oraz poświęcenie** nowej siedziby Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Nowe biura znajdują się w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110, lok. 16.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Czy rozszerzenie pola operacyjnego może być samodzielną decyzją lekarza?

W praktyce medycznej pojawiają się często wątpliwości dotyczące faktu, czy lekarz może podjąć samodzielną decyzję dotyczącą zmiany zakresu zabiegu operacyjnego lub czynności diagnostycznej podwyższonego ryzyka, czy też zmiana rodzaju i zakresu zabiegu musi być zawsze poprzedzona świadomą zgodą chorego. Szczególne znaczenie ma to w sytuacjach, gdy zmiana zakresu zabiegu stanowi jedyną ochronę przed utratą życia, ciężkim rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała pacjenta.

Bardzo często lekarze zapytani o to, czy bez zgody wyrażonej przez chorego przed wykonaniem zabiegu można dokonać rozszerzenia lub zmiany zakresu zabiegu odpowiadają, że nie. Swoją odpowiedź lekarze motywują rozwiązaniami przyjętymi w ramach dobrej praktyki klinicznej oraz konsensusami i wytycznymi poszczególnych towarzystw naukowych. Należy jednak podkreślić, że o ile konsensusy, wytyczne oraz schematy praktycznego postępowania – dalej schematy, stanowią niezwykle istotny element postępowania w trakcie procesu diagnostycznego, leczniczego i terapeutycznego, nie stanowią one źródeł prawa. Schematy nie są bowiem ustawą, rozporządzeniem, zarządzeniem ani aktem prawa miejscowego. Wynika stąd, że w odniesieniu do kwestii formalnych, takich na przykład jak po-

bieranie od pacjenta ważnej zgody na wykonanie zabiegu lub podejmowanie przez lekarza decyzji o zmianie rodzaju lub zakresu danej czynności leczniczej, schematy nie stanowią podstawy prawnej, na którą można się skutecznie i wiążąco powoływać. Kwestie dotyczące rozszerzenia lub zmiany zakresu zabiegu regulują wyłącznie konkretne przepisy prawa, które w szczególnych przypadkach umożliwiają lekarzowi podjęcie samodzielnej decyzji o zmianie zakresu zabiegu lub rodzaju czynności leczniczych.

Zgodnie z art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. – dalej UoZL (tj. Dz. U. 2005 r., nr 226, poz. 1943, ze zm.) *lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w Ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta*. Przepisy prawa przewidują jednak możliwość wykonania czynności leczniczych bez zgody pacjenta. Do tych wyjątków należy między innymi rozszerzenie zakresu zabiegu, nazywane potocznie *rozszerzeniem pola operacyjnego*.

Informacja dotycząca rozszerzenia pola operacyjnego

Zmiana rodzaju lub zakresu czynności leczniczej możliwa jest co do zasady po udzieleniu choremu przez lekarza informacji w tym zakresie i wyrażeniu przez pacjenta świadomej zgody. W szczególnych sytuacjach możliwa jest zmiana rodzaju i zakresu czynności leczniczej bez informowania pacjenta i bez wyrażania przez pacjenta zgody w tym zakresie. Dotyczy to przede wszystkim sy-

tuacji, gdzie decyzja o *rozszerzeniu pola operacyjnego* zapada już po rozpoczęciu czynności leczniczej. Przykładem jest zabieg prowadzony w znieczuleniu ogólnym, w czasie którego wykonane zostało badanie śródoperacyjne wskazujące na konieczność szerszej interwencji chirurgicznej.

W orzeczeniu z 29 grudnia 1969 r. Sąd Najwyższy orzekł, że jeśli lekarz przeprowadzający zabieg stwierdził po otwarciu jamy brzusznej inny stan rzeczy, niż wynikał z przeprowadzonych wcześniej badań, może on rozszerzyć zakres prowadzonego zabiegu bez zgody pacjenta. Zdaniem sądu sytuacja taka może nastąpić jedynie, gdy nierozszerzenie zakresu zabiegu skutkowałoby zagrożeniem życia lub zdrowia pacjenta, lub jeśli rozszerzenie zabiegu jest minimalne. Orzeczenie to zostało wydane w sprawie dotyczącej pacjentki, która wyraziła zgodę na operację guza w obrębie lewego jajnika, a w ramach rozszerzenia pola operacyjnego lekarz wykonał zabieg usunięcia lewych przydatków i histerektomii. Oczywiście jest, że tak daleko idąca zmiana zakresu zabiegu nie powinna być wykonywana bez zgody pacjentki, chyba że takie *rozszerzenie pola operacyjnego* jest niezbędne dla ratowania jej życia.

Uwaga! Adnotację dotyczącą poinformowania pacjenta o fakcie *rozszerzenia pola operacyjnego* lekarz musi zamieścić w dokumentacji medycznej pacjenta.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 35 ust. 2) odnosi się wyłącznie do obowiązku informowania pacjenta o tym, że zabieg został rozszerzony lub zmieniony. Wynika stąd, że informacja dociera do pacjenta po fakcie wykonania rozszerzonego zabiegu, w związku z czym informację tego rodzaju należy uznać jedynie za komunikat o charakterze porządkowym. Przekazana informacja wpływa bowiem jedynie na świadomość pacjenta o dokonanych interwencjach medycznych, nie ma natomiast znaczenia z punktu widzenia podejmowania przez pacjenta decyzji w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę regulacje ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty należy przyjąć, że lekarz ma obowiązek informowania pacjenta o ewentualnej konieczności

rozszerzenia pola operacyjnego przed wykonaniem zabiegu. **Wynika to z brzmienia art. 31 ust. 1 UoZL, w myśl którego w skład informacji, która musi być przekazana pacjentowi przed wykonaniem czynności leczniczej wchodzi również informacja na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wybranych metod leczenia i rokowania w związku z ich wdrożeniem.** Oczywiście jest, że informowanie o ewentualnej konieczności rozszerzenia pola operacyjnego nie dotyczy wszystkich pacjentów, ale tylko tych, którzy ze względu na specyfikę choroby lub schorzenia nie mogą być w pełni zdiagnozowani bez wykonania zabiegu naruszającego ich integralność cielesną.

Uwaga! Pacjenci, którzy są potencjalnie narażeni na konieczność rozszerzenia zabiegu operacyjnego, w celu ratowania życia lub zdrowia (na przykład pacjenci z chorobami nowotworowymi), muszą być informowani przez lekarza o konieczności ewentualnego rozszerzenia pola operacyjnego w trakcie zabiegu. Szczególnie istotne jest to w przypadku pacjentów, u których rozszerzenie zakresu zabiegu łączy się z widocznym okaleczeniem lub zeszpeceniem ciała.

Forma informacji na temat rozszerzenia pola operacyjnego

Artykuł 35 ust.2 UoZL określa jedynie formę, w jakiej powinna zostać przekazana pacjentowi informacja o *rozszerzeniu pola operacyjnego* po wykonaniu zabiegu. Jedyłą dopuszczalną formą jest w takim przypadku forma pisemna. Żaden przepis prawa nie odnosi się natomiast do formy, w jakiej powinna być przekazana informacja na temat ewentualnej możliwości rozszerzenia zabiegu przed planowaną interwencją.

Uwaga! Informacja na temat ewentualnej konieczności rozszerzenia zakresu zabiegu w trakcie jego wykonywania powinna być przekazywana pacjentowi w formie pisemnej. Zobowiązuje to lekarza do zamieszczenia w dokumentacji medycznej pacjenta adnotacji o tym, że chory uzyskał informację na temat ewentualnej konieczności *rozszerzenia pola operacyjnego*.

Decyzja dotycząca rozszerzenia pola operacyjnego

Zgodnie z art. 35 UoZL *jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnosty-*

ki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności (...). Regulacja ta ogranicza prawo lekarza do podjęcia samodzielnej decyzji o rozszerzeniu zakresu zabiegu. Lekarz ma jednak prawo rozszerzyć zakres planowanego zabiegu bez wcześniej wyrażonej przez chorego zgody, jeżeli zostaną spełnione wszystkie niżej wymienione przesłanki:

- nierozszerzenie zabiegu groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub rozstrojem zdrowia,
- konieczność rozszerzenia zabiegu nastąpiła już po rozpoczęciu czynności leczniczej, w związku z czym nie można uzyskać zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta (dotyczy pacjentów małoletnich lub ubezwłasnowolnionych),
- samodzielną decyzją lekarza dotyczącą rozszerzenia zakresu zabiegu nie dotyczy organów szczególnie ważnych. Przez organy szczególnie ważne należy rozumieć wszystkie organy nieparzyste, których funkcji nie może przejąć inny organ (na przykład macica, wątroba),
- przed podjęciem decyzji o *rozszerzeniu pola operacyjnego* lekarz zasięgnął opinii innego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

Uwaga! Prawo lekarza do rozszerzenia zakresu zabiegu bez zgody pacjenta dotyczy sytuacji, w których lekarz nie przewidział lub nie mógł przewidzieć konieczności rozszerzenia zakresu zabiegu przed jego rozpoczęciem.

Przykładem jest operacja pacjenta zakwalifikowanego do przedniej niskiej resekcji jelita grubego z powodu guza. Wyniki diagnostyki przedoperacyjnej w sposób jednoznaczny wskazywały na brak przerzutów. W czasie operacji chirurg stwierdza obecność izolowanego pojedynczego przerzutu o wielkości 2 cm usytuowanego na brzegu prawego płata wątroby. Chirurg podejmuje decyzję o *rozszerzeniu pola operacyjnego* o częściową resekcję wątroby bez uprzedniej zgody pacjenta. W innych przypadkach lekarz ma obowiązek pobrania od pacjenta zgody na ewentualne *rozszerzenie pola operacyjnego* przed rozpoczęciem czynności leczniczej. Szczególnie istotne jest to w sytuacji, kiedy wyniki przeprowadzonych badań diagnostycznych nie są jednoznaczne. W takich przypadkach zgoda pacjenta powinna mieć „szerszy zakres”, to znaczy zawierać przyzwolenie na wykonanie dodatkowych czynności w trakcie trwania zabiegu.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Sumienie pokolenia

Zygmunt Wiśniewski

W czytelni działu Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej na warszawskim Ujazdowie spotykam często doktora Jana Glińskiego.



REKLAMA

Wertujeteczki personalne lekarzy z archiwum niemieckiej Izby Zdrowia z lat wojny i okupacji. Teczki te – to często jedyny ślad po ludziach, których nie ma, których nie było w dniu zakończenia wojny, którzy jej nie przeżyli.

Zginęli na froncie w 1939, w Katyniu, Charkowie i Miednoje wiosną 1940, na frontach w 1940 i 1941 na Zachodzie, w pierwszych łapankach i wywózkach w Warszawie, w hitlerowskim więzieniu na Pawiaku, w obozie śmierci na Majdanku, w KL Auschwitz i innych hitlerowskich obozach zagłady, w warszawskim getcie, w Powstaniu Warszawskim, w Polskich Siłach Zbrojnych na Zachodzie, niosąc pomoc walczącym w I Armii Wojska Polskiego, w II Armii, w nieznanych okolicznościach.

Jan Gliński przygotowuje V tom „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów, ofiar II wojny światowej”. Trzy pierwsze tomy ukazały się w latach 1997, 1999, 2003. Zawierają 3436 haseł dokumentujących losy lekarzy, lekarzy dentystów i farmaceutów, ofiar II wojny światowej. Tom IV widziałem na biurku red. Urszuli Bąkowskiej, sekretarza redakcji „Gazety Lekarskiej”. Ukazuje się niebawem. Zawiera 1136 haseł. Razem z poprzednimi tomami – 4572 hasła.

Te hasła – to ludzie, to losy, to krzyże na nie istniejących często grobach.

Cztery tomy słownika ofiar wojny – to wynik pracy jednego człowieka.

W przedmowie do I tomu Jan Gliński określił skalę zadania, przed którym stanął:



Dr Jan Bohdan Gliński, żołnierz we wrześniu 1939 r., „Sumienie” pokolenia lekarzy 1939 r.

Można przyjąć z niewielkim błędem, że w chwili wybuchu II wojny światowej było w Polsce 13300 lekarzy, a po doliczeniu dyplomów z okresu wojny oraz uzyskanych na uczelniach zagranicznych – ok. 13 500. Po wojnie pozostało w kraju ok. 7000 lekarzy, straty wojenne wynoszą więc ok. 6500 lekarzy. Analogiczna liczba lekarzy dentystów wyniosła przed wybuchem wojny 3722, z czego zginęło 1794.

Autor określa szacunkowo, że farmaceutów było czterokrotnie mniej niż lekarzy i wylicza ich straty na 1650 osób. Przed zsumowaniem dolicza do rachunku studentów z zaawansowanych roczników studiów medycznych, którzy faktycznie pełnili rolę lekarzy i konkluduje: *liczbę tę należy zaokrąglić do ok. 10 000 osób.*

Jan Gliński wykonał więc zaledwie połowę zadania, które przed sobą postawił. Zadanie to jest coraz trudniejsze, gdyż po wykorzystaniu dostępnych archiwów stołecznych, wojskowych i wojewódzkich – sięga do zbiorów zagranicznych.

Jeśli zdrowie i siły dopiszą – będę nadal tę pracę kontynuował – oświadcza w III tomie.

*

Dr Jan Gliński, zanim zaczął gromadzić dokumentację do pisania słowników, przymierzył się do historii mu najbliższej – do swojego rocznika studiów medycznych. Odbił je na Uniwersytecie Warszawskim w latach 1934-39. Rok 1939 zdeterminował jego życie. Podobnie było z całym rocznikiem studentów medycyny na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego.

Absolwenci rocznika medycyny 1934-39 spotkali się w marcu 1989 r., w pięćdziesiątą rocznicę ukończenia studiów. Spotkanie zorganizowali: R. Walentynowicz-Stańczyk, J. Gliński, S. Leszczyński, M. Ornowski, A. Piętka i M. Kurpeła. Na to spotkanie przygotowali „Księgę jubileuszową” i dyplomy honorowe 50-lecia ukończenia studiów. Na 173 studentów z tego rocznika pojawiło się 54. Spośród nich 43 zamieszkiwało w Polsce, 32 w Warszawie lub w niedalekim sąsiedztwie, 11 za granicą.

Ich życiorysy są ilustracją losów polskich lekarzy, a pewnie i – szerzej – polskiej inteligencji w okresie II wojny światowej i w czasach powojennych.

Władysław Barcikowski otrzymał dyplom lekarski po konspiracyjnym egzaminie w 1944 r. Jako lekarz chirurg operował rannych kolegów w czasie Powstania Warszawskiego. Po wojnie sprawował pieczę sanitarną nad repatriantami z Zachodu. Leczył w polskim szpitalu w Dziewanowie weteranów wojny domowej w Grecji. Prowadził szpital wojskowy PCK w Hamburgu w czasie wojny koreańskiej. Piastował funkcje kierownicze w wojskowej służbie zdrowia: m.in. szefa Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej, szefa Służby Zdrowia MON. Generał, profesor.

Janina Domańska-Wieczorek była sanitariuszką w szpitalu polowym w Warszawie we wrześniu 1939 r. Dyplom lekarza otrzymała w marcu 1940 r. Wyjechała do pracy w Lubartowie. W placówce PCK opiekowała się rodzinami poległych i przebywających w niewoli, niosła pomoc Żydom w lubartowskim getcie, pracowała na oddziale zakaźnym, gdzie zaraziła się dudem płamistym. Od 1943 r. przebywała w Warszawie. Powstanie Warszawskie zastało ją w Instytucie Radowym na Ochocie. Po wojnie osiadła w Ciechanowie, potem w Tworzech.

Ryszard Jerzy Goller we wrześniu 1939 r. miał absolutorium, egzamin lekarski zdał na tajnych kompletach. W kwietniu 1944 r. został lekarzem partyzanckiego oddziału AK dowodzonego przez Nurta. Wykazał się bohaterstwem w walce i prowadzeniu szpitala polowego. Odznaczony Orderem Virtuti Militari.

Leo Ari Heller większą część okupacji spędził w warszawskim getcie pracując jako lekarz w szpitalu żydowskim. W 1943 r. opuścił nielegalnie getto i na tzw. aryjskich papierach przebywał w Miedzeszynie. Jego żona, także na fałszywych papierach, pracowała w szpitalu przeciwgruźliczym w Otwocku. Córka przebywała u siostr Felicjanek w Aninie. Po wojnie pracował w klinikach uniwersyteckich w Lublinie i we Wrocławiu.

dokończenie na str. 28

REKLAMA

Sumienie pokolenia

dokończenie ze str. 26

W marcu 1946 r. wyjechał wraz z rodziną do Szwecji.

Roman J. Jakubski w czasie kampanii wrześniowej uczestniczył w ewakuacji rannych z warszawskich szpitali na Wschód. Aresztowany przez NKWD w czasie próby przekroczenia granicy węgierskiej i skazany na 5 lat obozu pracy. Zwolniony z obozu po układzie Sikorski-Majski. Wraz z armią gen. Władysława Andersa znalazł się na Bliskim Wschodzie. Przerwane studia ukończył w 1946 r. na uniwersytecie francuskim w Bejrucie. Po wojnie osiadł w Wielkiej Brytanii, gdzie specjalizował się w patologii klinicznej.

Hilary Koprowski otrzymał dyplom lekarski na UW w 1939 r. Przed wybuchem wojny wyemigrował do Brazylii, gdzie pracował jako asystent Służb Badawczych Żółtej Gorączki przy Fundacji Rockefellera. W 1944 r. przeniósł się do Stanów Zjednoczonych. Podjął pracę naukową w Laboratorium Lederle w Nowym Jorku. W 1957 r. został dyrektorem i profesorem Instytutu Wistar Anatomii i Patologii w Filadelfii. Prowadzi badania nad immunologią w poliomyelitis. Przewodniczący wydziału etiologii raka w Narodowym Instytucie Rakowym USA, członek Narodowej Akademii Nauk.

Stanisław F. Leszczyński uzyskał dyplom lekarza w marcu 1940 r. Pracował w szpitalach w Puławach i Kazimierzu Dln. Był lekarzem oddziału leśnego AK. Pierwsze powojenne lata spędził w Kazimierzu Dln. Od 1962 r. w poliklinice WAM w Warszawie.

Felicjan Loth egzamin lekarski zdał w marcu 1940 r. Aresztowany w lutym 1941 r. za działalność konspiracyjną, został osadzony w znanym warszawskim więzieniu gestapo na Pawiaku. Był do końca lipca 1944 r. więźniem a zarazem lekarzem w tej niemieckiej katowni. Uwolniony tuż przed Powstaniem Warszawskim, uczestniczył w nim jako chirurg w szpitalu powstańczym. Po wojnie spisał swoje wspomnienia.

Jan F. Majeranowski przedostał się we wrześniu 1939 r. do Rumunii, a stamtąd do Francji. Po upadku Francji znalazł się w Szkocji. Ukończył Polski Wydział Lekarski na uniwersytecie w Edynburgu. Po wojnie wyjechał do Stanów Zjednoczonych, gdzie dał się poznać jako znakomity patolog i zrobił karierę akademicką. Profesor.

Witold Niepołomski dyplom lekarza otrzymał w kwietniu 1940 r. W pierwszych latach okupacji pracował jako patolog w Szpitalu Wolskim i w Instytucie Radowym. Brał udział w tajnym nauczaniu medycyny. Po wojnie rozwinął działalność naukową, pracując najpierw na Uniwersytecie Łódzkim, a następnie w Śląskiej Akademii Medycznej. Profesor.

Tadeusz Roźniatowski był absolwentem Wydziału Lekarskiego UW i Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Po kampanii 1939 r. przedostał się do Francji, gdzie walczył w 1 Dywizji Grenadierów. Dostał się do niewoli niemieckiej, pracował w szpitalu obozowym w Ludwiksburgu, gdzie wyspecjalizował się w chirurgii. Po wojnie, zmobilizowany, pełni różne funkcje kierownicze w wojskowej służbie zdrowia. Jest m.in. komendantem szpitala wojskowego przy ul. Szaserów, redaktorem naczelnym Państwowego Zakładu Wydawnictw Lekarskich. Napisał książkę wspomnieniową „*Mój żywot lekarza wojskowego*”.

Helena Wolff („Doktor Anka”) dyplom lekarza otrzymała w 1940 r. Ratowała rannych w obronie Warszawy. Od 1942 r. w konspiracji PPR i w sanitariacie Gwardii Ludowej. Organizuje partyzancką służbę medyczną i sanitarną w obwodzie kielecko-radomskim. Ranna w czasie oblawy w lasach starachowickich. Zmarła w czasie przesłuchania przez gestapo.

Te kilkanaście biogramów, wybranych spośród 173 lekarskich życiorysów, przedstawia losy wyjątkowe. O takich się zwykle mówi i pisze. Życie innych jest zwyczajne. W przypadku 173 studentów i absolwentów Wydziału Lekarskiego UW rocznika 1934-39 „zwyczajne” znaczyło dramatyczne w latach wojny i okupacji, ciężkie w powojennej zniszczonej Polsce, pełne trudu i wyrzeczeń w osiąganiu pozycji zawodowej, biedne dosłownie w układaniu życia za lekarską pensję. Tego doświadczyli wszyscy. I ci, którzy zjawili

się na uroczystości 50-lecia, i ci, którzy jej nie doczekali.

Współorganizatorem tych uroczystości był dr Jan B. Gliški. O jego życiu słów kilka na koniec.

Jan Bohdan Gliški we wrześniu 1939 r. uczestniczył jako strzelec-ochotnik w walkach Grupy „Polesie” gen. Franciszka Kleeberga. Wzięty do niewoli, był w stalagu XIA. Po zwolnieniu z niewoli osiadł na krótko w Opatowie, z którym związani byli jego rodzice, lekarze. Po otrzymaniu dyplomu w sierpniu 1941 r. osiadł na stałe w Warszawie. W Powstaniu Warszawskim dowodził punktem sanitarnym w Śródmieściu, a następnie leczył rannych w szpitalu w Górcach pod Warszawą. Na początku 1945 r. wyjechał na Ziemię Zachodnie. Pracował w Trzebnicy, później w Zgorzelcu. W grudniu 1954 r. przeniósł się do szpitala przeciwgruźliczego w Rudce k. Mińska Maz. Pracował w nim przez 27 lat, awansując od asystenta do dyrektora. Przed „*Słownikiem biograficznym lekarzy i farmaceutów...*” napisał szereg prac z zakresu ftyzjatrii, historii medycyny oraz swojego gimnazjum w Radzynie. Aktywnie uczestniczy w zespołach historycznych PTL i izb lekarskich.

*

Doktora Jana B. Gliškiego poznałem w czytelni działu Zbiorów Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej. Wyraziłem Mu swoje wielkie uznanie za niezwykle dokonanie, jakim były wtedy III tomy „*Słownika lekarzy i farmaceutów*”. Doktor zainteresował się moją pracą. Kończyłem właśnie książkę „*Lekarze i izby lekarskie w II Rzeczypospolitej*”, gromadziłem materiały do cyklu „*Lekarzy losy wojenne*”. W jakiś czas po tym kontakcie otrzymałem od Doktora cenny podarunek: „*Księgę jubileuszową absolwentów rocznika 1934-1939 Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie z okazji 50-lecia zakończenia studiów*”.

Z tej „*Księgi*”, za zgodą Doktora Jana B. Gliškiego, korzystalem przywołując losy Jego i Jego Kolegów ze studiów.

*

Zastanawiałem się jak zatytułować tę opowieść o człowieku, który od lat dokumentuje życie i śmierć 10 000 lekarzy i farmaceutów.

Świadek? Strażnik?...

Wybrałem „*Sumienie pokolenia*”.

W określeniu „sumienie” podkreślona jest wymowa i prawda moralna tego, co o ludziach, o lekarzach i farmaceutach napisał Doktor Gliški.

Dziękuję, Panie Doktorze, za udostępnienie mi „*Księgi*” z Pańskiego archiwum.

Napisanie o Panu i ludziach z Pańskiego pokolenia było dla mnie zaszczytem. Było także przeżyciem.

Zygmunt Wiśniewski



Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2008 r.)

Abacus Biuro Promocji Medycznej. Szkolenia:

- **11-12.09.** Warszawa. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o.o. organizuje IV Kurs Medyczny (podstawowy) **Prawo medyczne**. Informacje: www.prawoimedycyna.pl; www.ipoz.pl
- **9-10.10.** Warszawa. III Ogólnopolskie Sympozjum **Oddział intensywnej terapii, oddział pooperacyjny – organizacja i funkcjonowanie**. Informacje: www.abacus.edu.pl

Szkolenia otwarte - Wolters Kluwer Polska:

- **16.09., 21.10., 9.12.** *Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej*
- **26.09., 31.10., 12.12.** *Dokumentacja w zakładzie opieki zdrowotnej – przygotowanie i udostępnianie dokumentacji, zgoda na leczenie, dokumentacja elektroniczna*
- **7.10., 25.11.** *Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ, z uwzględnieniem kontraktowania świadczeń w rodzaju leczenia szpitalnego w 2008 r. wg systemu jednorodnych grup pacjentów*
- **10.10., 28.11.** *Realizacja i kontrola realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez NFZ*
- **17.10., 19.12.** *Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej – aspekty prawne*

Zgłoszenia: tel. 022-535-80-75, faks 022-535-80-76, e-mail: szkolenia@wolterskluger.pl, www.abc.com.pl/szkolenia

- **24-26.09.** Katowice. Pol. Tow. Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi organizuje XIII Sympozjum: **Onkologia w Laryngologii**. Organizator: Katedra i Klinika Laryngologii Śląskiego UM, 40-027 Katowice, ul. Francuska 20, 032-256-43-09, 032-256-29-96, e-mail: laryngologia@spskm.katowice.pl

- **27-28.09., 25-26.10., 29-30.11.** Dolnośląskie Centrum Onkologii i Wrocławskie Tow. Opieki Paliatywnej organizują kurs **psycho-logiczny: Jak rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. Komunikacja w zespole**. Oplata – 100 zł. Liczba uczestników na kursie wynosi 27 osób, decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia: tel. 071-368-92-91 lub e-mail: zop@dco.com.pl

- **2-4.10.** Szczecin. Zakład Periodontologii Katedry **Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii** PAM w Szczecinie organizuje kurs: **Leczenie chirurgiczne regeneracyjne w leczeniu zapaleń przyzębia**. Informacje: Zakład Periodontologii PAM, 70-111 Szczecin, Al. Powstańców Wlkp. 72, blok XVIII, tel./faks 048-91-466-17-44, kierownik Zakładu prof. Jadwiga Banach, tel. 048-91-466-17-45.

EVMACO. Szkolenia:

- Pol. Tow. Diabetologiczne, Kolegium Lek. Rodzinnych oraz Kons. Krajowy ds. Med. Rodzinnej zapraszają na cykl warsztatów-kursów medycznych organizowanych w ramach programu edukacyjnego dla **lekarzy rodzinnych: Zrozumieć cukrzycę**. 3 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: www.zrozumieccukrzyce.pl, www.evmaco.pl, tel. 012-429-69-06.
- 3-5.10. Zakopane. Hotel Mercure Kasprowy. Pol. Tow. Diabetologiczne zaprasza na **XII Sympozjum Diabetologiczne**, 15 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, e-mail: evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.12sympozjumPTD.evmaco.pl
- 29.11. Warszawa. Hotel Sheraton. Pol. Tow. Diabetologiczne zaprasza na Konferencję **Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia**. 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, e-mail: evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.insulinoterapia.evmaco.pl

- **2-3.10.** Warszawa. Stow. na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpr. z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kurs medyczny z warsztatami: **Podstawowe zasady prowadzenia badań klinicznych dla badaczy**. Kurs dla prowadzących badania kliniczne leków faz I-IV. Informacje: Dział Szkoleń OINpharma, tel. 022-578-00-03, 578-00-05, faks 022-632-25-82, e-mail: szkolenia@oinpharma.pl

- **10-12.10.** Warszawa. Centrum Olimpijskie. Międzynar. („**Olimpijski**”) Kongres Naukowy Pol. Tow. Med. Sportowej. Kom. org., Al. Stanów Zjednoczonych 72/176, wejście E, 04-036 Warszawa, tel./faks 022-834-67-72, tel. 405-42-72, tel. kom. 0601-22-78-99, e-mail: nauka@medsport.pl, Bank Zachodni WBK S.A. XIV o/Warszawa, 13 1090 1014 0000 0001 0065 1943

- **11.10.** Ciechocinek. Klinika **Protetyki Stomatologicznej** UM w Poznaniu i Włocławskie Stow. Lek. Stomatologów, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje kurs: **Rehabilitacja protezy z zastosowaniem protez stałych**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 054-231-04-16

- **24-25.10.** Podlaski Oddz. Pol. Tow. Akupunktury i Ośrodek **Akupunktury i Terapii Laserowej** w Białymstoku organizuje kurs doskonalący dla lekarzy: **Objawy bólu o różnym pochodzeniu, rozpoznawanie i terapia ze stosowaniem niekonwencjonalnych metod leczenia (akupunktura, laseroterapia, fizjoterapia i farmakopunktura)**. Informacje i zgłoszenia: ul. Piłsudskiego 17/31A, 15-444 Białystok, tel. 085-652-18-71 od godz. 12.00 lub 0503-629-208

Zarząd Gł. Pol. Tow. **Hipoterapeutycznego** organizuje kursy: **Hipoterapia i jej rola w wieloprofilowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych** (2-3 razy do roku, w różnych miastach – Warszawie, Bydgoszczy, Krakowie, Katowicach). Informacje: www.pthip.org.pl, e-mail: biuro@pthip.org.pl, tel./faks 022-59-31-900, Biuro ZG PTHip, ul. Nowoursynowska 100, 02-797 Warszawa

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS. Kursy USG w Ciechocinku, Spale i Bydgoszczy. Wykłady i ćwiczenia dające możliwość przeprowadzenia samodzielnych badań. Certyfikaty, punkty edukac. OIL, punkty PTU i Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl, tel. 022-64-64-150

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Tygodniowe kursy praktycznej ultrasonografii i kursy doskonalące. Informacje: www.usg.com.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Praktyczne kursy ultrasonograficzne: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lekarskiej. Nr konta: 26 1090 1346 0000 0001 0852 9738. Zapisy: tel. 061-657-94-63, faks 061-657-94-72, tel. kom. 603-76-20-41, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED. Kursy prowadzą pracownicy Prac. Neurosonologii Klin. Neurologii AM w Lublinie. Patronat Sekcji Neurosonologii PTN. 14 pkt. edukac. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl. Zgłoszenia: tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: neurosonologia@skolamed.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**. Wrocławskie Centrum Promocji (nr w rej. DIL 24A/PSz/A/2005), ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel./faks 071-348-39-66, <http://www.usg.webd.pl>

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**. Kursy. Pkty do Certyfikatu Pol. Tow. Ginekologicznego oraz Pol. Tow. Ultrasonograficznego. Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

Medyczne Szkolenia **Podyplomowe** Pakt. Kursy i szkolenia. Informacje: e-mail: medyczne-sympozja@msp-pakt.med.pl, tel./faks: 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl

Centrum Szkol.-Wydaw. Krakowskiego Przedsiębiorstwa Pomiarowo-Badawczego AAXIS-Systemy Komputerowe zaprasza do udziału w spec. kursie med.: **Ochrona radiologiczna pacjenta prowadzonym w formie kształcenia na odległość**. Kurs dla lekarzy i lekarzy stomatologów wykonujących lub nadzorujących wykonywanie badań i zabiegów leczniczych z zastosowaniem promieniowania jonizującego. Kurs należy powtarzać co 5 lat. Za uczestnictwo 62 pkt. edukac. (rentgenodiagnostyka). Kurs odpłatny. Informacje i zapisy: 012-637-98-96 w godz. 8.00-12.00 i 18.00-20.00, 601-406-606, e-mail: centrum@aaxis.edu.pl, www.aaxis.pl

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie

AM we Wrocławiu, rocznik 1979

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **29-31.05.2009 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Informacje: [Iwona Dattner-Hapon](mailto:Iwona.Dattner-Hapon@wp.pl), tel. 0601-580-012, [Patrycja Malec](mailto:Patrycja.Malec@wp.pl), DIL we Wrocławiu, 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl. Za Komitet Organizacyjny Iwona Dattner-Hapon

AM we Wrocławiu, rocznik 1984

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **25-27.09.2009 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Informacje: [Patrycja Malec](mailto:Patrycja.Malec@wp.pl), DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl. Za Komitet Organizacyjny Ewa Moroch-Kacprzak, Barbara Ścieszka

Oddział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1989

Spotkanie koleżeńskie z okazji XX rocznicy ukończenia Oddziału Stomatologii AM we Wrocławiu, w dn. **5-7.06.2009 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Informacje: [Patrycja Malec](mailto:Patrycja.Malec@wp.pl), DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl. Za Komitet Organizacyjny Agata Frycz, Karina Kustrzycka

PAM w Szczecinie, rocznik 1983

Zjazd koleżeński z okazji 25 rocznicy absolutorium rocznika 1983 PAM w dn. **3-5.10.br. w hotelu „Jan” Darłowo - Darłówek Wschodnie, ul. Słowiańska 24**, tel. 094-314-31-20, www.hoteljan.pl. Zgłaszanie uczestnictwa do: [Pawła Gonerko](mailto:Pawla.Gonerko@wp.pl), ul. Jasna 105/29, 70-777 Szczecin, e-mail: pawgon@poczta.onet.pl lub [Tomasza Grodzkiego](mailto:Tomasza.Grodzkiego@wp.pl), ul. Hubalczyków 37, 70-776 Szczecin, e-mail: grodzki@grodzki.szczecin.pl. Aktualne informacje o spotkaniu na stronie www.szpitalzdunowo.pl w zakładce „aktualności”.

Wydział Lekarski w Zabrze ŚAM, rocznik 1988

Zjazd absolwentów w dn. **15-16.11.br. w Wiśle, Hotel „Pod Jedłami”, ul. Beskidzka 17**, tel. 033-856-47-20. Zapisy drogą elektroniczną po wysłaniu na adres: rezerwacja@famhotel.pl, listu o temacie **SAM88** i podaniu swoich danych. Koszt z noclegiem: 300 zł/osobę płatne w ratach: 100 zł przy zapisie, reszta na miejscu. Instrukcja zgłaszania uczestnictwa i program na: www.absolwentus.pl. Wszelkie pytania proszę kierować do: [Robert Bukalski](mailto:Robert.Bukalski@wp.pl), robi1610@wp.pl, tel. 0691-668-454.

Absolwenci PAM, rok 1964

Planowane spotkanie Koleżeńskie w **Szczecinie maj-czerwiec 2009 r. Zgłoszenia do 31.10.br.: dr Regina Rudkowska**, tel. 091-488-46-33, tel. 0504-235-599.

Absolwenci AM w Poznaniu, rocznik 1978

To już 30 lat! **11.10.br.** spotkanie z okazji naszego jubileuszu. **Hotel Andersia w Poznaniu, plac Andersa 3, 61-894 Poznań**, tel. 0048-61-667-80-00, e-mail: andersia@andersiahotel.pl. Koszt 320 zł. Wpłaty na konto: Nordea Bank Polska S.A. I Oddział w Poznaniu, nr 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988, koniecznie z dopiskiem „Absolwenci 78”. Przekaz informację dalej! Zgłoszenia do 15.09.br. Informacje i rejestracja: www.bokiz.pl/absolwenci78. Rezerwacja noclegów indywidualnie bezpośrednio w hotelu.

Wydział Lekarski UJ/AM

18.10.br. w Collegium Novum UJ zjazd koleżeński z okazji 55 rocznicy uzyskania absolutorium Wydziału Lekarskiego UJ/AM. Zgłoszenia do 10.09.br. Informacje: przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego kol. [Janina Gadulski-Schnotale](mailto:Janina.Gadulski@wp.pl), tel. 0503-061-033.

AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1983

Spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM, w dn. **3-5.10.br. Dom Wczasowy Admiral w Karpaczu**. Oplata za uczestnictwo od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. 350 zł, sb-nd z nocl. 300 zł, pt-nd bez nocl. 300 zł, pt- sb z nocl 300 zł. Wpłaty na konto: DIVERSO, ul. Krasińskiego 29, 50-449 Wrocław, nr 87 1440 1156 0000 0000 0571 5725, z dopiskiem „Zjazd AM 1983”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: [Zenona Jablonksi \(Motyka\)](mailto:Zenona.Jablonksi@wp.pl), tel. 0604-280-666, e-mail: zjablons@dilnet.wroc.pl; [Magdalena Misterska-Skóra](mailto:Magdalena.Misterska-Skora@wp.pl), tel. 0607-937-936; [Dariusz Kołowiec](mailto:Dariusz.Kolowiec@wp.pl), tel. 0606-214-941; e-mail: wolowiec@post.pl oraz [Krzysztof Dąbrowski](mailto:Krzysztof.Dabrowski@wp.pl), dyr. strateg. DIVERSO – produkcja imprez, ul. Krasińskiego 29, 50-449 Wrocław, tel. 071-798-49-41, 0500-148-222, e-mail: k.dabrowski@diverso.pl. Dla potrzeb zjazdów założona jest domena: www.am1983.pl - tam będą publikowane wszystkie informacje. Za uczestnictwo w zjeździe będą przyznane punkty edukacyjne i certyfikat. Za komitet Organizacyjny: Zenona Motyka-Jabłońska

Wydział Lekarski ŚIAM, lata 1972-78

Spotkanie z okazji 30 rocznicy absolutorium: **Szczyrk, hotel Meta**, w dn. **25-26.10.br.** Informacje i zapisy: [Adam Tiszler](mailto:Adam.Tiszler@wp.pl), tel. 602-312-636, faks 032-384-66-22. Informacje: [Maria Darlewska-Turant](mailto:Maria.Darlewska-Turant@wp.pl), tel. 605-609-382, e-mail: darlewska@wp.pl; [Elżbieta Kelm](mailto:Elzbieta.Kelm@wp.pl), tel. 604-178-888, e-mail: kelm@lekarz.slask.pl. Oplata 250 zł od osoby. Wpłaty do 30.09. br. (możliwość dod. noclegu 24/25.10. br.). Nr konta 85 1050 1386 1000 0002 0435 7990.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE – www.absolwentus.pl
SERWIS POMOCZĄ PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie Wyszukiwanie Informacji oraz Dodanie Informacji o Nowym Zjeździe.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. T. Kościuszki 29, www.elsevier.pl tel. +48-71-330-61-61, faks +48-71-330-61-60. Zamówienia: tel. 042-680-44-09, 042-680-44-56, faks 042-680-44-86, e-mail: zamowienia@elsevier.com; ksiegarcz@elsevier.com



The Merck Manual.

Podręcznik diagnostyki i terapii

Wydanie III polskie. Wrocław 2008, str. 3649

Pierwsze polskie wydanie opublikowano w 1991 r. Podręcznik gwarantuje najlepszy dostęp do aktualnej informacji medycznej.

Sobotta. Ćwiczenia z anatomii

Oliver Kretz

red. wyd. I pol. Grzegorz Żurek

Wrocław 2008, str. 202, 120 rycin.

Tekst przedstawia przejrzystość wszystkie istotne informacje dotyczące opisywanej części ciała. W tekście ponadto znajdują się odniesienia do zagadnień klinicznych, które szczególnie interesują studentów. Ryciny zostały zaczerpnięte z „Atlasu anatomii człowieka” Sobotty.



Chirurgia zaćmy

Larry Benjamin

red. wyd. I pol. Marta Misiuk-Hojło

seria: **Techniki Chirurgiczne w Okulistyce**

red. serii: F. Hampton Roy, Larry Benjamin

wyd. I, Wrocław 2007, str. 180.

Celem serii jest pomoc w opanowaniu teoretycznych aspektów technik chirurgicznych, dostarczenie praktycznych wskazówek przydatnych na sali operacyjnej. Autorami są wybitni chirurdzy z różnych krajów mający wieloletnie doświadczenie jako operatorzy i nauczyciele. Do publikacji dołączono płytę DVD-ROM obrazującą techniki chirurgiczne.

100 problemów w RTG klatki piersiowej

Jonathan Corne, Kate Pointon

seria: **To Proste**

wyd. I pol. Wrocław 2008, str. 202

Książka w przystępny sposób przedstawia zasady interpretacji zdjęć RTG klatki piersiowej. Przykłady zdjęć mają na celu sprawdzenie i udoskonalenie nabytych umiejętności.



Interpretacja EKG w pediatrii

Muyung K. Park, Warren G. Guntheroth

red. nauk. II wyd. pol. Krystyna Kubicka

Wrocław 2008, str. 282

Publikacja adresowana do pediatrów, lekarzy rodzinnych, rezydentów stażystów i studentów medycyny. Przedstawiono w niej diagnostykę przerostów i przeciążeń zaburzeń przewodzenia i rytmu serca, bloków przedsionkowo-komorowych, zmian załamka T i odcinka ST. Poszczególne typy patologicznych zmian zapisu EKG ilustrowane są przykładami oryginalnych zapisów z interpretacją.

Wydawnictwo Makmed

20-093 Lublin, ul. Chodźki 3, lok. 7E. Wydawnictwo@makmed.pl, tel. 0507-191-650. Wysyłkowy sklep medyczny www.lsm.pl, 20-092 Lublin, ul. Obywatelska 9, tel. 081-718-89-00, zamowienia@lsm.pl



Wyzwania rodziny:

zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość

Zofia Kawczyńska-Butrym

wyd. I, Lublin 2008, str. 206, cena 33 zł.

Poradnik dla rodzin, które nie mają możliwości pełnienia funkcji opiekuńczej szczególnie wobec chorego, niepełnosprawnego lub starego członka rodziny. Książka adresowana do wszystkich, którzy pracują lub chcą pracować z rodzinami wymagającymi wsparcia.

Opatrywanie ran – wiedza i umiejętność

Małgorzata Budynek, Cyprian Nowacki

wyd. II popr., Lublin 2008, str. 224, cena 42,00 zł.

W książce zawarto podstawowe informacje o ranach, opatrunkach, bandażach i opatrunkach unieruchamiających. Rozdział poświęcony bandażowaniu poszerzony jest o zagadnienia z zakresu terapii kompresyjnej. Można ją polecać jako podręcznik dla studentów kierunków medycznych, ale też wszystkim, którzy mają styczność z chorymi, którym trzeba opatrywać rany.

Narzędzia, protezy i szwy chirurgiczne

pod red. Krzysztofa Bieleckiego

wyd. II, Lublin 2008, str. 240, cena 78,00 zł.

W publikacji omówiono narzędzia adekwatne do współczesnej chirurgii w poszczególnych jej działach. Książka jest rekomendowana jako ważny podręcznik w procesie studiów specjalistycznych.



α – medica press

43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 033-816-90-79,

faks 033-828-13-72, www.alfamedica.pl, e-mail: zamowienia@alfamedica.pl

Choroby zakaźne i pasożytnicze

– epidemiologia i profilaktyka

pod red. Wiesława Magdzika, Danuty Naruszewicz-Lesiak, Andrzeja Zielińskiego

wyd. VI, Bielsko-Biała 2007, str. 476, cena 36,00 zł.

Stale aktualizowane vademecum dla pracowników nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, a także lekarzy pierwszego kontaktu i studentów. Wiedza zawarta w podręczniku służy do podejmowania właściwych decyzji epidemiologicznych, diagnostycznych i terapeutycznych oraz zrozumienia nowoczesnego narzędzia jakim są omawiane w tym podręczniku definicje.



Krioterapia – leczenie zimnem. Podstawy teoretyczne, efekty biologiczne, zastosowania kliniczne

pod red. Aleksandra Sieronia, Grzegorza Cieślara

Bielsko-Biała 2007, str. 224, cena 24,00 zł.

Podręcznik zaznajamia w sposób jasny, przejrzysty i praktyczny z zabiegami krioterapii i korzyściami wypływającymi z ich korzystania. Wskazuje schorzenia, w których jest najskuteczniejsza.



Zarys medycyny hiperbarycznej

pod red. Aleksandra Sieronia i Grzegorza Cieślara

przy współpr. red. Marka Kaweckiego

wyd. II, Bielsko-Biała 2007, str. 300, cena 30,00 zł.

Podręcznik omawia wykorzystanie wysokich ciśnień w lecznictwie. Przedstawia możliwości wykorzystania sposobu leczenia tlenem w komorze hiperbarycznej. Omawia historie tego leczenia oraz podaje aktualny stan badań doświadczalnych.



Zysk i S-ka Wydawnictwo

61-774 Poznań, ul. Wielka 10, tel. 061-853-27-51, 853-27-67, faks 852-63-26.

Dział handlowy tel./faks 061-855-06-90, sklep@zysk.com.pl, www.zysk.com.pl

Podręczna encyklopedia zdrowia. Dolegliwości

i objawy. Choroby. Badania i leczenie. Jak sobie pomóc

Verena Corazza, Renate Daimler, Andrea Ernst,

Krista Fedrespiel, Vera Herbst, Kurt Langbein,

Hans-Peter Martin, Hans Weiss

wyd. popr., poszerzone, zaktualizowane, Poznań 2002, str. 816

Encyklopedia zaznajamia z funkcjonowaniem organizmu człowieka, jego niedomaganiem i chorobami oraz leczeniem. Omawia alternatywne metody leczenia.Podaje kontakt do towarzystw i organizacji samopomocowych.



Psychologia społeczna

Eliot Aronson, Timothy D. Wilson, Robin M. Akert

tłum. z jęz. ang. Janina Gilewicz

wyd. popr. i uzup. na podst. oryg. wyd. V, Poznań 2006, str. 510

Publikacja uznawana na całym świecie za wiodącą. W Polsce od dziesięciu lat jest podstawową pozycją w kształceniu studentów kierunków psychologicznych. W książce uwypuklone jest praktyczne znaczenie zawartego w niej materiału merytorycznego.



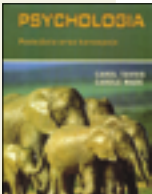
Psychologia. Podejścia oraz koncepcje

Carl Tavis, Carole Wade

tłum. z jęz. ang. Joanna Gilewicz

Poznań 2008, str. 504.

Podręcznik jest jedną z podstawowych pozycji wprowadzających do zagadnień psych. Omawia wszystkie najważniejsze koncepcje współczesnej wiedzy psych. o człowieku: uwarunkowania biologiczne, teoria uczenia się, mechanizmy poznawcze, życie wewnętrzne, zaburzenia psych.



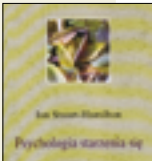
Psychologia starzenia się. Wprowadzenie

Jan Stuart Hamilton

tłum. z jęz. angielskiego Aleksandra Blachnio

wyd. I, Poznań 2006, str. 304

Książka ujmuje problem z każdej możliwej perspektywy. Podstawowa lektura dla psychologów klinicznych i terapeutów. Zawiera słownik terminów specjalistycznych i bibliografię.



opr. md

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

VII Mistrzostwa Polski „MEDYKÓW” w Strzelectwie Sportowym

KSS „Feniks” w Węgrowie oraz Lekarski Klub Strzelecki „Dziwiątka” przy OIL w Warszawie zapraszają: lekarzy, osoby związane z szeroko pojętą medycyną oraz sympatyków służby zdrowia, **18.10.br. o godz. 10.00**, na zawody na **strzelnicy sportowej Klubu Strzelectwa Sportowego „Feniks” w Węgrowie**, które przeprowadzone zostaną w konwencji – open (klasyfikacja wspólna dla kobiet i mężczyzn). Przewiduje się przeprowadzenie następujących konkurencji strzeleckich: pistolet standardowy (małokalibrowy) 20+20+20, pistolet centralnego zapłonu 10+10, karabinek sportowy 20. Warunkiem uczestnictwa jest: a) **dokońanie zgłoszenia: listownie na adres 07-100 Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10, telefonicznie 025-691-73-08, 025-792-45-59, GSM 606-120-892, faksem 025-691-73-08, e-mailem radek97@poczta.fm**, b) wniesienie opłaty startowej na rzecz organizatora w wysokości – 80 zł. Udział mogą brać zawodnicy dysponujący własną bronią sportową; istnieje również możliwość skorzystania z broni organizatora zawodów. Organizatorzy gwarantują dobrą atmosferę towarzyską, znakomite warunki strzeleckie i atrakcyjne nagrody. Istnieje możliwość zakwaterowania przed i po zawodach.

II Mistrzostwa Lekarzy w Karate

organizowane przez OIL w Rzeszowie i Rzeszowski Klub Oyama Karate odbędą się **18.10.br. Dokładne informacje dotyczące zgłoszeń będą umieszczone na stronie internetowej OIL w Rzeszowie: www.rzeszow.oil.org.pl lub w biurze OIL w Rzeszowie, tel. 017-853-58-37.**

I Poznańska Konferencja i Bieg „Wyprzedzić raka”

11.10.2008 r. Poznań-Malta. Hasło roku „Biegam – więc jestem”. *Uczestnictwo: bezpłatne, po zarejestrowaniu na stronie www.wco.pl/pp.* Zapraszamy szczególnie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistów ginekologów (wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa oraz punkty edukacyjne). *Biuro Organizacyjne: Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów, Rafał Stachlewski, tel. 061-8-850-915, faks 061-8-850-016, e-mail: rafal.stachlewski@wco.pl*

Imprezy różne

„Specjalizacja Zarządzanie. Wygraj MBA dla Kadry Medycznej”

to ogólnopolski konkurs, który już po raz drugi organizują TVN Med oraz Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie. **Nagrodą są dwuletnie studia MBA.** Konkurs skierowany jest do osób, które pracują w służbie zdrowia i mają co najmniej trzyletnie doświadczenie w zarządzaniu lub prowadzeniu własnej działalności gospodarczej. Składa się z dwóch etapów. W pierwszym należy rozwiązać zadanie konkursowe, które polega na napisaniu krótkiego biznesplanu. Zadanie konkursowe można znaleźć na stronie www.specjalizacjazarzadzanie.pl. Rozwiązanie należy przesłać **do 22 września 2008 r.** Piętnaście osób, które najciekawiej podejdą do przedstawionego problemu, zostanie zaproszonych do etapu drugiego. II etap konkursu to test matematyczno-logiczny GMAT oraz rozmowa kwalifikacyjna przed Kapitułą Konkursu.

Sztuka nietypowa

Szanowni Państwo!

W **łódzkim Klubie Lekarza** odbywają się coroczne wystawy malarstwa i fotografii, a teraz jeszcze zamierzamy zorganizować wystawę inną niż wszystkie dotychczasowe. **Chodzi o ujawnienie różnych zainteresowań i wyeksponowanie wszelkich nowoczesnych lub nowatorskich pomysłów.** Zapraszamy więc do wspólnego grona twórców, którzy uprawiają sztukę niecodzienną, nietypową czy w ogóle od innych odmienną.

Wśród propozycji na wystawę może się znaleźć grafika komputerowa, obrazy tworzone foto-komputerową techniką, a także „wylepianki”, rzeźby, kolaże czy kompozycje np. z użyciem tworzyw sztucznych, papieru, gąbki, nici, tkanin, korka, skóry, metalu, kamieni, koralu, gliny, szkła oraz wielu innych materiałów. Można też sięgnąć do użytkowego zdobnictwa, do metalo- i korzenio-plastyki, wzorów biżuterii naturalnej, ozdób ze sznurka, kości, ceramiki, drewna, kory, muszli, a nawet suszonych roślin.

Proponujemy, aby osoby zajmujące się tego rodzaju amatorską twórczością zechciały zgłosić swój akces **do końca września 2008 r.** pocztą pod adresem: **Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, ul. Czerwona 3** (z dopiskiem na kopercie **sztuka nietypowa**) lub e-mailem: biuro@oil.lodz.pl ew. bsm3@tlen.pl. W zgłoszeniu należy podać swoje imię, nazwisko, adres pocztowy, internetowy oraz numer telefonu kontaktowego. Prosimy też o określenie rodzaju i liczby eksponatów, które zamierza się wystawić. Dopiero po zebraniu wszystkich zgłoszeń będzie można ustalić termin wystawy. **Na każde zgłoszenie odpowiemy. Służymy też wszelkimi informacjami: nr tel. 042-683-17-91 lub 042-686-28-10.**

Komisja Kultury OIL w Łodzi