

10 2009

**Gazeta
Lekarska**
ISSN 0072-7448
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny



Igrzyska w Zakopanem
Rozdano
300 kompletów
medali



Ja tam się lecę nielegalnie

Wcale nie tak dawno, w SOR-ze jednego z lubelskich szpitali, mojego schorowanego 86-letniego ojca, skarżącego się w niedzielny wieczór na uporczywy, nie do zniesienia, ból kolana, odprawiono bez żadnej pomocy, z aroganckim komentarzem młodego dyżurnego lekarza, który zjawiał się dopiero po godzinie: Nie mamy takiej procedury w instrukcji NFZ. Byłem naocznym świadkiem tego gorszącego zdarzenia, bowiem towarzyszyłem memu ojcu, siedząc pokornie i anonimowo wśród pacjentów w poczekalni. O dziwo, w niespełną godzinę później, moim tatą, w innym podlubelskim szpitalu, dokąd go natychmiast przewiozłem swoim autem, zajęto się wnikliwie i naprawdę życzliwie... bo ja się po prostu przedstawiłem z imienia, nazwiska i funkcji, a reszty dopełniła moja rodzina, składająca się w znakomitej większości z lekarzy lub ich wiernych przyjaciół. Nie potrzebowali ani skierowań, ani procedur. Czy na takiej paranoi ma się opierać pomoc w nieszczęściu i chorobie dla Polaków płacących aż 9-procentową składkę, cierpiących, a nie mających takich możliwości jak ja, moja rodzina i grono lekarskich przyjaciół? Powiedźcie szczerze, czy jest wam z tym dobrze? Bo mnie jakoś tak nie za bardzo. Opowiedziałem o tym zdarzeniu kilku bardzo ważnym osobom w polskiej ochronie zdrowia, ale poza wzruszeniem ramion żadnego pocieszenia nie otrzymałem.

Niestety, to nie jedyny ani nie ostatni przykład reform dziarskich urzędników. NFZ ma płacić wyłącznie za usługi lekarskie wykonane zgodnie z harmonogramem przyjmowania pacjentów do niego zgłoszonym. Na pewno dotknie to przychodnie przyszpitalne i przyklinikne, w których pracują lekarze udzielając świadczeń raz czy dwa w tygodniu – ostrzega Szczepan Cofta w artykule „Harmonogramem w pacjenta”.

Prawdziwą zmorą dla szpitali stały się nadwykonania. Przykładów nie brakuje w każdym większym szpitalu. Fundusz wymyślił sobie pojęcie: procedury ratujące życie, kryterium, które prawnie nie istnieje i nie daje się zdefiniować. W medycynie mamy tylko wskazania nagłe, pilne i planowe oraz względne i bezwzględne. Można powiedzieć, że życie ratujemy także operując zaćmę, bo może się zdarzyć, że odesłany chory nie zobaczy samochodu i zginie – argumentuje Krzysztof Motyl, dyrektor Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy. O dylematach lekarzy zmuszonych do stosowania absurdalnych przepisów obszernie pisze na naszych łamach Agnieszka Banach w artykule „Ukarani za leczenie”. Jest więc o czym poczytać!

Smutne to, że w dobie niewiarygodnego postępu nauk medycznych kontrolę nad leczeniem ludzi odebrali lekarzom urzędnicy. Co więcej, wielu lekarzy przyobleka się w piórka urzędasów i całą swoją wiedzę i finezję angażuje w coraz bardziej wyszukane upokorzenia, udając reformatorów systemu. Znakomita większość lekarzy temu w milczeniu się przygląda, bo jak twierdzi – jakoś trzeba żyć.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Harmonogramem w pacjenta	4-5
Okiem Prezesa	5
Bo lekarze zarabiają za dużo	6-7
Lekarz nie jest od zbierania papierków	8-11
Konieczna korekta budżetu NFZ	12-13
Ukarani za leczenie	14-15
U stomatologów	16-17
Niezwykłe urlopy profesora	18-19
Czytanie ze zrozumieniem	20-21
Chcemy być najlepsi	22-24
Wstydzą się swojej biedy	26-28
Kompetencje miękkie. O potrzebie nauczania	30
Zawsze jest jeszcze adopcja	31
Na ratunek Główniej Biblioteki Lekarskiej!	32-33
Kolejny niepotrzebny obowiązek?	35
Przychodzi lekarz do prawnika	36-37
Requiem	38-39
Rok 2010 rokiem Reichsteina	40-41
Lekarski sport	42-47
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	46
Książki nadesłane	48-49
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	52-61
Ogłoszenia różne	61
Biuletyn NRL	51

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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

Harmonogramem w pacjenta

Szczepan Cofa

Ostatnie tygodnie przyniosły znów wstrząsające wiadomości. NFZ ma płacić wyłącznie za usługi lekarskie wykonane zgodnie z harmonogramem przyjmowania pacjentów do niego zgłoszonym.

Rozwiązanie to przyniesie oszczędności, co będzie działaniem przeciwko środowisku lekarskiemu, a przede wszystkim ugodzi w pacjenta. W mojej opinii potwierdzi brak kompetencji ludzi podejmujących takie decyzje.

To zapewne jeden z elementów „czyszczenia kontraktów”, jak określa się w slangu pracowników płatnika, prowadzonego w związku z niedostatecznym napływem środków ze składki zdrowotnej. Minął bowiem błogostan ostatnich trzech lat, gdy pieniądze płynęły szerokim strumieniem do świadczących usługi.

Być może przyjęte rozwiązanie nie poruszy działających ambulatoryjnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, które prowadzą spokojną i systematyczną opiekę specjalistyczną. Na pewno jednak dotknie przychodnie przyszpitalne i przykliniczne, w których pracują lekarze udzielając świadczeń raz czy dwa w tygodniu. Tak

jest zorganizowana praca chociażby w naszym klinicznym szpitalu, jak i zapewne w wielu innych.

Pacjent „wycięty” od zapłaty

Według pomysłu Funduszu – jeśli przyjmuję jako pulmonolog planowo raz w tygodniu – „wyciętych” od zapłaty zostanie wielu pacjentów, którzy przyjmowani byli z racji logiki medycznego postępowania poza dniem zgłoszonym.

Jeśli w ostatni piątek znajomy lekarz rodzinny, z którym na co dzień współpracuję, starając się zapewnić jak najbardziej skuteczną opiekę, zgłosił swojego pacjenta z podejrzeniem nowotworu płuc, to według logiki płatnika powinienem czekać do następnego czwartku, w którym jestem wykazany jako świadczący usługi ambulatoryjne.

Jeśli – przy zachowaniu dobrej woli – jestem w stanie w sposób skuteczny, a na dodatek ambulatoryjnie zdiagnozować tego pacjenta, zlecając kolejno bronchofiberoskopię w trybie ambulatoryjnym, a w kolejne dni tomografię komputerową i chociażby ultrasonografię jamy brzusznej, to – poddając się bezkrytycznie wskazaniom

Funduszu – rozciągnąć powinienem ten proces na cztery tygodnie.

Albo po prostu położyć pacjenta na oddział i wówczas mieć święty spokój. Ale wtedy

Fundusz zapłaci kilkakrotnie więcej (około pięciokrotnie w ramach JGP), a na dodatek zablokuje mi łóżka potrzebne na wykonanie innych procedur.

Na marginesie: od kilku lat interweniuję bezskutecznie – wierząc jeszcze w oficjalne drogi postępowania, że

ta sama bronchofiberoskopia wykonywana w trybie szpitalnym jest kilkakrotnie droższa niż wykonywana ambulatoryjnie. Przedstawiałem – bez echa – kilkakrotnie wyliczenia, sugerując, że ta dysproporcja jest zupełnie nielogiczna. W naszym szpitalu skłaniamy się jednoznacznie ku procedurze ambulatoryjnej, mimo niekorzystnego tła finansowego, dla odblokowania łóżek na inne (prawdziwie uzasadnione) cele.

Podobnie sprawa dotyczyć będzie, na przykład, pacjentów z mukowiscydozą, którzy – jeśli przychodzili do poradni w czwartki w godzinach wyznaczonych, to na pewno obniżyłaby się średnia ich przeżycia. Nie wspominając sytuacji zapaleń płuc czy zaostrzeń niewydolności oddechowej, nie wymagających hospitalizacji.

W większości specjalności, na przykład kardiologii, hematologii czy szeroko pojętej onkologii, takie działania administracyjne prowadzą do absurdu, związanego z działaniem ewidentnym na szkodę pacjentów, a także zabijają dobrą wolę wykazywaną przez dużą część lekarzy, próbujących w sposób elastyczny odpowiadać na ich potrzeby. To właśnie taka – bez wyobraźni – postawa nadawałaby się do kryminału.

Nieuzasadnione „rotowanie”

Opisywane „czyszczenie kontraktu” wydaje się pójściem na największą łatwiznę (a nie wiem czy prawdą jest zapowiedź, że opłacona będzie tylko liczba wizyt wynikająca ze zgłoszonego czasu pracy w harmonogramie – kolejny ewentualny absurd), rozwiązaniem zastępczym i świadczącym o braku wyobraźni i kompetencji. Jako osoba deklarująca szacunek dla zobowiązań, akceptującą stawianie wymagań i porządkowanie, wskazałbym raczej konieczność bardziej restrykcyjnego nadzoru nad udzielaniem

tych samych świadczeń przez lekarzy w różnych jednostkach, rzetelną kontrolę dokumentacji poradnianej i jej prawidłowości. Albo przyjrzałbym się niebezpiecznej – obserwowanej przeze mnie – tendencji do nieuzasadnionego „rotowania” pacjentów w poradniach – liczbę wizyt przecież można mnożyć w nieskończoność zadowalając wierznych pacjentów, z którymi niewiele się dzieje. Rotowana wsobna populacja pacjentów zazwyczaj prowadzi do mnożenia wizyt.

Ponadto na pewno przydałby się powrót do myśli referencyjności poradni, w obliczu spełniania przez część z nich roli – w kontekście przyklinicznym – poradni rekonsultujących. Jako przykład można podać funkcjonującą w naszym szpitalu poradnię okulistyczną, w której około jedna trzecia porad to powtarzalne konsultacje pacjentów, przysyłanych z innych poradni okulistycznych.

Wspomnę jeszcze jeden skandal, który jest skutkiem nielogicznej decyzji płatnika. Stosunkowo niedawno zlikwidowano współpłacenie za niektóre procedury, np. tomografię komputerową czy część zabiegów endoskopowych. Poprzednie rozwiązanie pozwalało na racjonalizację wydawanych skierowań, gdyż każdy z lekarzy trzy razy się zastanowił, zanim je wydał. Obecnie – jako skutek podjętej decyzji – w mojej opinii ewidentnie na szkodę Funduszu, do tomografii ze względu na rozmnożenie kierowania w sposób oficjalny, np. w Poznaniu, w logicznym terminie nie ma szans się dostać. Zamiast badania rezerwować na sytuację najbardziej niezbędne, wydaje się bezrefleksyjnie fundusze szerokim gestem. W taki sposób jest się w stanie mnożyć w nieskończoność każdą z dostatecznie opłacanych procedur medycznych, bez względu na efekty, jakie ich wykonywanie przyniesie (wynikiem tego niedługo pewnie będzie nie czterdzieści, ale siedemdziesiąt procent koronarografii, wykazujących wynik prawidłowy).

Warto odczepić się od harmonogramów i zająć się innymi obszarami wartymi logicznego uporządkowania. Każde działanie, pozornie restrykcyjne tylko dla lekarzy i funduszy, zawsze odwróci się przeciwko pacjentom.

Autor jest naczelnym lekarzem w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 p.w. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Okiem Prezesa



Rok temu razem z wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej kol. Anną Lellą zainicjowaliśmy na łamach „GL” akcję „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?”. Od tego czasu na łamach „Gazety” ukazało się kilka wywiadów na temat najprostszych sposobów dbania o swoje zdrowie. Przypomnę, że są to następujące zasady:

- Przejdź codziennie przynajmniej 3 km.¹
- Jedz warzywa lub owoce co najmniej 3 razy dziennie.
- Czyść zęby nicią dentystyczną.²
- Nie pal tytoniu.³
- Utrzymuj poziom cholesterolu w surowicy krwi poniżej 5 mmol/l (200 mg/dl).⁴
- Zadbaj o to, aby twoje ciśnienie tętnicze nie było wyższe niż 140/90 mm Hg.⁵
- Utrzymuj poziom glikemii poniżej 5,5 mmol/l (99 mg/dl).⁶
- Jeśli jesteś kobietą i masz 25-59 lat, poddawaj się okresowemu badaniu wymazu z szyjki macicy (nie rzadziej niż co 3 lata).⁷
- Jeśli jesteś kobietą i masz 50-70 lat, poddawaj się okresowemu badaniu mammograficznemu (nie rzadziej niż co 2 lata).⁸
- Jeśli masz 50 lat lub więcej, poddawaj się okresowemu badaniu na obecność krwi utajonej w kale (nie rzadziej niż co 2 lata).⁹

Ciekawe, czy przynajmniej część z tych zaleceń udało się nam zrealizować w praktyce. Przypnę, że zachęcając do zdrowszego trybu życia i poddawania się badaniom okresowym nie postępowałem idealnie zgodnie z powyższymi zasadami. Dziś mogę powiedzieć, że mimo pracy, która wypełnia mi prawie cały dzień i często sporą część nocy, udaje mi się dobić do „ideału”. Rozpocząłem także aktywnie propagować ten wzór wśród najbliższych i przyjaciół. Gorąco zachęcam do tego wszystkich Czytelników!

Przez Polskę przevaliła się akcja medialna informująca (dezinformująca?) o szokująco wysokich zarobkach lekarzy. Wiele koleżanek i wielu kolegów zarabia już rzeczywiście całkiem nieźle. Najczęściej pracują oni znacznie więcej niż przewidują normy pracownicze i granice bezpieczeństwa. Ciągłe jest jednak wielu, którzy tkwią nadal w szponach biedy placówek, w których pracują. Domagając się regulacji gwarantujących minimalne wynagrodzenie na godnym poziomie każdemu lekarzowi nie chcemy „urawniłowki”. Nie może być jednak tak, że mimo dobrej pracy lekarz ma kłopoty z wiązaniem końca z końcem, a jego przyszłość jako emeryta oznacza prawdziwą nędzę. Niestety, większość rządzących polityków nie chce przyjąć do wiadomości faktu, że lekarze są dobrem narodowym, które trzeba chronić w najlepiej pojętym interesie publicznym.

Konstanty Radziwiłł

¹Zamiast chodzenia możesz stosować inną równoważną formę aktywności fizycznej.

²Oczywiście nie zwalnia to z konieczności czyszczenia zębów szczoteczką.

³Jeśli palisz, rzuć palenie lub sięgnij po najbardziej odpowiednią dla siebie metodę leczenia uzależnienia opartą na dowodach naukowych (także leczenie z użyciem leków).

⁴Jeśli jest wyższy, zmodyfikuj dietę (przede wszystkim poprzez ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych); jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię (przede wszystkim zastosuj leczenie statyną).

⁵Jeśli jest wyższe, zastosuj próbę niefarmakologicznej redukcji (ograniczenie spożycia sodu, zwiększenie aktywności fizycznej, umiar w spożyciu alkoholu, redukcja masy ciała); jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię.

⁶Jeśli jest wyższy, zmodyfikuj dietę (przede wszystkim poprzez ograniczenie spożycia cukru), schudnij, zwiększ aktywność fizyczną; jeśli to nie wystarczy, sięgnij po odpowiednią farmakoterapię.

⁷Potwierdzone dane istnieją w stosunku do badań metodą Papanicolaou.

⁸Brak potwierdzonych danych w stosunku do pań młodszych i starszych nie czyni decyzji o przeprowadzaniu u nich badań bezzasadnymi.

⁹Badanie może być zastąpione kolonoskopią wykonywaną nie rzadziej niż co 10 lat.



Bo lekarze zarabiają za dużo



Krzysztof Bukiel

Lekarze to najgorzej zarabiająca grupa zawodowa w Polsce. Płaca specjalisty wynosi ledwie 600 zł miesięcznie, czyli prawie dwa razy mniej niż ustawowo gwarantowana płaca minimalna w kraju.

W ten sposób odpowiedziałem kiedyś dziennikarzom proszącym o komentarz do komunikatu MZ o zarobkach lekarzy w Polsce. Nie chcieli mi uwierzyć. „600 zł – jaki lekarz tyle zarabia?” – Ja, w moim szpitalu, na stanowisku starszego asystenta – odpowiedziałem. – Ale za jaki czas pracy i brutto czy netto? –

znowu zapytali. – Netto, za jedną piątą etatu, ale czy to ważne – prowokowałem ich dalej. – Oczywiście – stwierdzili – nie można porównywać pensji za parę godzin pracy z wynagrodzeniem za cały etat.”

Docieklivość i rzetelność, jaką wykazali ci dziennikarze jest godna pochwały i podkreślenia. Szkoda, że

zabrakło jej tym ich kolegom, którzy ogłosili niedawno, że lekarze są najlepiej wynagradzanymi pracownikami w Polsce, a zarobki specjalistów sięgają kilkudziesięciu tysięcy złotych miesięcznie. Takie wnioski wyciągnęli oni z wyników ankiety przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w ponad sześciuset szpitalach w kraju, dotyczącej wynagrodzeń lekarskich. Trzeba przyznać, że dziennikarze sami tych rewelacji nie wymyślili. Duży udział miało w tym Ministerstwo Zdrowia. Chociaż bowiem podano prawdziwe szczegółowe fakty, to jednak tak nimi manipulowano, tak zmieniano znaczenie niektórych pojęć, że powstały fałszywe uogólnienia i zadziwiające wnioski. Jeśli za wynagrodzenie pracownice podawany jest przychód przedsiębiorcy, jakim jest lekarz kontraktowy albo jako miesięczną pensję traktuje się wynagrodzenie za dwa lub więcej etatów, to faktycznie niedaleko stąd do stwierdzenia, że lekarze są najlepiej opłacanymi pracownikami w Polsce.

A jak to się ma do rzeczywistości? Odpowiedź znajdziemy wtedy, gdy porównamy rzeczy porównywalne, np. płacę zasadniczą lekarzy z płacami zasadniczymi innych zawodów. Miesięczne wynagrodzenie zasadnicze lekarza specjalisty, wg ministerialnej ankiety, wynosi przeciętnie 3770 zł. To dużo mniej niż płaca zasadnicza początkującego sędziego lub prokuratora (ok. 6 tys. zł), mniej niż początkującego oficera WP (porucznik – ok. 3,9 tys. zł) i nawet 2 razy mniej niż oficera z wieloletnim stażem, np. pułkownika WP (6,3 do 7,8 tys. zł), którego można po-

równać do lekarza specjalisty. Co ciekawe przeciętne wynagrodzenie zasadnicze lekarzy specjalistów zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia jest nawet niższe od wynagrodzenia zasadniczego lekarzy rezydentów, ustalonego przez Ministerstwo Zdrowia.

Dlaczego zatem Ministerstwo Zdrowia, a za nim – jakby usłużnie – niektóre media wszczynają raz po raz ogólnopolską akcję pod hasłem: lekarze zarabiają dużo, a w domyśle – za dużo. Czy ma to jakiś związek z faktem, że NFZ-owi brakuje pieniędzy, aby zapłacić szpitalom za tzw. nadwykonania, przez co

wiele placówek w praktyce zawiesiło swoje funkcjonowanie, a kolejki do wielu świadczeń jeszcze bardziej się wydłużyły? Czy rządzący chcą powiedzieć społeczeństwu: „Brakuje pieniędzy na wasze leczenie, bo wszystko zabrali pazerni lekarze”? Chyba nie. Nie słyszeliśmy przecież, aby minister obrony twierdził, że polska armia jest słabo wyposażona, bo pułkownicy za dużo zarabiają, albo minister sprawiedliwości sugerował, że sądy są niewydolne, bo wszystko idzie na płace dla sędziów i prokuratorów.

22 września 2009 r.

REKLAMA

REKLAMA



Meritus Pro Medicis

30 maja 2009 r. w Poznaniu podczas jubileuszowych uroczystości z okazji XX-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego wręczono Odznaczenie Meritus Pro Medicis następującym osobom:

Wojciech Grabe (Gdańsk), **Jerzy Jakubiszyn** (Opole), **Aleksander Kotlicki** (Warszawa), **Krystyna Małecka** (Toruń), **Ewa Tuszkiewicz-Miszał** (Lublin), **Zdzisław Annusewicz** (Warszawa), **Zbigniew Brzezina** (Częstochowa), **Marek Jodłowski** (Kielce), **Wojciech Marquardt** (Katowice), **Krystyna Szyrocka-Kowalczyk** (Bielsko-Biała).

Przypomnijmy, że Odznaczenie Meritus Pro Medicis przyznawane jest lekarzom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska samorządu lekarskiego od 2004 r. Dotychczas honor ten stał się udziałem 36 osób. Odznaczenie przyznawane jest nie więcej niż dziesięciu osobom w roku kalendarzowym.

Tablica katyńska

„Historia ma to do siebie, że niewielu potrafi uczyć się życia na jej znajomości” – powiedział Andrzej Ciołko po uroczystym odsłonięciu w hallu Lubelskiej Izby Lekarskiej tablicy upamiętniającej 64 lekarzy zamordowanych przez sowieckich siepaczy w Katyniu i Charkowie wiosną 1940 r. Byli to lekarze pochodzenia polskiego i żydowskiego, którzy przed wojną pracowali w województwach: lubelskim, wołyńskim i poleskim.

Tablica nie powstałaby bez niezwyklej pasji i benedyktyńskiej pracy lekarza i historyka **Ludwika Kowieńskiego**, którego mroźna praca zaowocowała przed kilku laty publikacją książkową.

ms



Lekarz nie jest od zbierania papierków

Z neurochirurgiem Romualdem Krajewskim z Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Warszawie rozmawia Marek Stankiewicz

• *Pogadamy o zwykłym lekarskim życiu?*

– Bardzo chętnie.

• *Zdarzyło ci się jakieś dłuższe rozstanie z uprawianiem medycyny?*

– Na szczęście nie. Najdłuższa przerwa trwała chyba z pół roku, kiedy wróciłem z kontraktu w Libii. Zaraz potem wraz z Andrzejem Kukwą zajęliśmy się chirurgią podstawy czaszki w warszawskim Szpitalu Czerniakowskim.

• *Nie bez powodu zaglądam w zakładkę twojego życia zawodowego. Krytycy izb lekarskich twierdzą, że kariery w samorządzie są udziałem zawodowych nieudaczników, którym nie chce się już pracować z chorymi.*

– W samorządzie są zarówno lekarze, którzy bardziej skupiają się na sprawach izbowych, jak i ci, którzy więcej czasu poświęcają praktyce lekarskiej. Ja mam wrażenie, że udało mi się pogodzić jedno z drugim.

• *Wielu lekarzy nie lubi swojego samorządu, bo – jak twierdzą – nie spełnił ich nadziei na lepsze i godniejsze życie. Kontestacja izb lekarskich w niektórych kręgach zalicza się do dobrego tonu.*

– Podobnie jest w całej Europie, o czym opowiadają nieraz lekarze z innych krajów. Tam, gdzie izby mają długoletnią i nieprzerwaną tradycję, są one bardziej akceptowaną częścią lekarskiej rzeczywistości. Ich otoczenie zdążyło się już do nich przyzwyczaić. Nasz problem polega na niezbyt dokładnej znajomości roli izby, a także na oczekiwaniach, że izba załatwi wszystkie problemy.

• *Nasz to znaczy czyj?*

– Wszystkich lekarzy i ich samorządu. Każdy chciałby należeć do organizacji, która wszystko może. Każda organizacja chciałaby być lubiana, a może nawet uwielbiana. Tymczasem oczekiwania lekarzy kontestujących i lekarzy pracu-

jących w samorządzie muszą zderzyć się z rzeczywistością. Izby lekarskie w Polsce musiały po 1989 r. startować od podstaw. Ten start przypadł na okres, kiedy sytuacja lekarzy była bardzo trudna i oczekiwaliśmy szybkich zmian, które izby miały załatwić. Izba lekarska stała się najbardziej widocznym adresem wszystkich oczekiwań. Ale jej możliwości i uprawnienia są ograniczone. Dlatego wszystkie organizacje lekarskie powinny ze sobą współpracować, a nie rywalizować o względy środowiska i popularność. Ostatnie lata zresztą pokazały, że działając wspólnie, a nie zwalczając się i wzajemnie obwiniając, jesteśmy w stanie sporo zmienić.

• *Na twojej stronie internetowej czytamy m.in., że „właściwa wycena i rozliczanie pracy lekarzy i innych pracowników medycznych na zasadzie placenia za wykonane świadczenia byłoby bardzo ważnym elementem solidnego systemu ochrony zdrowia”. To ciekawe! Jesteś liberałem z przekonania?*

– Zdecydowanie, i to od dawna! Wierzę w to, że większość ludzi ma dobre intencje i chce czynić dobrze. Nie należy więc organizować jakiegokolwiek dziedziny życia tak, jakby wszyscy byli podejrzeni. Niestety, mamy wiele przykładów, że tak właśnie myśli wielu organizatorów i administratorów. Zawsze byłem zwolennikiem wykonywania wolnego zawodu lekarza. Ideałem wykonywania zawodu jest dla mnie konsultant, a więc niezależny specjalista, fachowiec, którego wynagradza się za to, co zrobił, a nie za to, że jest.

• *Czy interesy zawodowe lekarzy są w Polsce dobrze chronione?*

– Interesy lekarzy w Polsce są przede wszystkim bardzo zróżnicowane. Nie ma więc jakiegoś jednego sposobu, aby

dokończenie na str. 10



foto: Marek Stankiewicz

REKLAMA

REKLAMA

Lekarz nie jest od zbierania papierków

dokończenie ze str. 8

je chronić. Zresztą ochrona interesów sugeruje raczej rozwiązania administracyjne, a nie liberalne. Interesy są dobrze chronione wówczas, gdy ludzie mogą osiągać swe pozytywne cele bez większych przeszkód.

• **Gdzie na świecie, twoim zdaniem, chroni się je najlepiej?**

– Chyba nigdzie. W dobie trudności systemów ochrony zdrowia wszędzie lekarze ponoszą największą medialną odpowiedzialność za problemy systemów i nieustanne reformy polityków. Względnie dobrym statusem mogą cieszyć się lekarze ze Skandynawii i Francji, choć w każdym z tych krajów w odmienny sposób.

• **Czy polscy lekarze są dobrze wykształceni?**

– Jak wiesz wykształcenie absolutne nie istnieje. Można je jedynie porównywać np. z wykształceniem lekarzy zachodniej Europy. W tym kontekście mogę powiedzieć, że tak, ale nie ma obiektywnych badań, które pozwalałyby na ranking wykształcenia. Niepokoić

mogą niedawne polityczno-medialne doniesienia z Wielkiej Brytanii, które sugerują, że lekarze z dawnego bloku komunistycznego są gorzej wykształceni. Biorąc jednak pod uwagę, jak sobie radzą polscy lekarze w innych krajach, można powiedzieć, że ich wykształcenie jest dobre.

• **Co im przeszkadza w ustawicznym rozwoju zawodowym (continuing professional development) od dyplomu aż po emeryturę? Czas, pieniądze, a może możliwości szkoleniowe?**

– Każda z tych rzeczy jest ograniczeniem. Ja bym raczej zapytał, co ich zachęca. A zachęta ciągle jest niewiele, bo to kosztuje i dlatego znacznie częściej mówi się o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego. Przeszkodą są i czas, i pieniądze, i dostępność szkoleń. Ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy jest konieczny, wynika z rozwoju medycyny, oczekiwań społeczeństwa, wymagań płatników. Jest przez władze publiczne na różne sposoby egzekwowany prawie na całym świecie. Lekarze więc muszą, ale i chcą się kształcić, a zatem sami sobie poprzez samorząd muszą w tym pomóc. Nie widzę ważniejszego zadania, które stałoby przed samorządem lekarskim. Chciałbym, aby w niedalekiej przyszłości co najmniej połowa punktów edukacyjnych zdobywanych przez lekarzy pochodziła z bezpłatnego dla lekarzy kształcenia prowadzonego przez samorząd. Musimy do tego konsekwentnie zmierzać, bo ze strony innych instytucji jakoś widać tylko chęci do wprowadzania kolejnych obowiązków. Nikt nie chce za bardzo na tołożyć, za to wymagać jak najbardziej. Powinniśmy więc stale rozwijać nasze działania w dziedzinie kształcenia.

• **Masz pomysł jak to zrobić?**

– Oczywiście. Trzeba skorzystać z doświadczenia tych izb lekarskich, które już bardzo dużo w dziedzinie doskonalenia zawodowego robią. Trzeba wykorzystywać nowoczesne technologie, aby poprawić dostępność kształcenia bez konieczności kosztownego podróżowania. Trzeba stopniowo przejść od kształcenia instruktażowego do kształcenia poprzez aktywne uczestnictwo. Na pewno wprowadzimy system automatycznej rejestracji punktów edukacyjnych. Lekarz



nie może zbierać papierków i tłumaczyć się z ich autentyczności ani ganiać za ich potwierdzeniem. To musi być obowiązek organizatorów szkolenia. Lekarz powinien otrzymać zawiadomienie, jak w danym okresie wygląda stan jego punktów edukacyjnych.

• **Czy etyka to temat, który jeszcze pociąga, inspiruje i podnieca współczesnych lekarzy? A może „to co ich podnieca to się nazywa kasa”, jak w przeboju Maryli Rodowicz?**

– Etyka sama w sobie nie jest podniecająca. Żyjemy w czasach, kiedy nikt z walki o kasę łatwo się nie wyłącza, dla większości ludzi to zupełnie nie wchodzi w rachubę. Większość lekarzy jednak wie, że zasady etyczne to jest coś, co pozwala im zachować to, co w naszym zawodzie jest najcenniejsze i najważniejsze – zaufanie i porozumienie z pacjentem. Etyka lekarska jest nastawiona na dobro pojedynczego pacjenta i relacje lekarza z nim. Nie z systemem ochrony zdrowia, nie z organizacjami, nie z płatnikami, lecz z indywidualnym pacjentem. Jeśli ktoś nie realizuje etyki na co dzień, naraża się na to, że ze swojej praktyki będzie niezadowolony. Bo nawet kiedy zgadza się kasa, a szwankuje podejście do chorego i do jego problemów, praca lekarza staje się męką i pasmem konfliktów.

• **Co jest ci bliższe: dyscyplinowanie lekarzy czy sprawowanie pieczy nad właściwym wykonywaniem przez nich zawodu?**

– Jedno i drugie jest konieczne. W grupie 160 tysięcy osób, nawet jeśli są to

lekarze, zawsze będą pojawiać się zachowania karygodne. Zawsze podkreślam, że podstawowym sposobem działania jest jednak wskazywanie i tworzenie zachęty do właściwego postępowania. Drugą stroną medalu, znacznie mniej ważną, jest dyscyplinowanie, które przejawia się w odpowiedzialności zawodowej. To jest kwestia rozłożenia akcentów. Jestem przeciwnikiem uporczywego i niestety ciągle popularnego poszukiwania rozwiązań opartych na zakazach, karach i ograniczeniach. Wielokrotnie wykazano, że są mało skuteczne.

• **Niedawno w jednym z wywiadów prasowych przekonywałeś, że obecnie stosowane sposoby zwalczania tzw. błędów lekarskich i rekompensowania pacjentów za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem nie służą ani poprawie bezpieczeństwa leczenia, ani nie zadowolają pacjentów. Skoro nie po groźbie, to może po prośbie. Jest na to jakaś inna rada?**

– Dotknąłeś sprawy, która jest problemem całego społeczeństwa, a nie tylko środowiska lekarskiego. To pacjenci muszą ten problem rozwiązać. Zadaniem lekarzy jest wyjaśnianie niewłaściwości obecnej sytuacji. Pacjenci, którzy doznają szkody w związku z leczeniem, muszą mieć możliwość sprawnego uzyskania rekompensaty i pomocy. Lekarze, którzy na co dzień rozmawiają z pacjentami o wszystkim, o chorobie i o życiu, powinni te problemy wychwytywać i głośno o nich mówić. Pacjenci powinni być przekonani, że lekarze są ich największymi sojusznikami. Tak zawsze było i tak pozostanie, bez względu na to, jak będziemy organizować i reformować ochronę zdrowia.

• **Kto, twoim zdaniem, wymyślił łapówki: lekarze czy pacjenci?**

– Chyba Fenicjanie, a raczej ktoś długo przed nimi. Łapówki są stare jak ludzkość i istnieją w każdej kulturze. W naszej sferze kulturowej słusznie sądzi się, że łapówki psują funkcjonowanie społeczeństwa, a zarabianie łapówkami jest gorszym sposobem bogacenia się niż godne zarobki uzyskane w przejrzysty i otwarty sposób. Nie można winić pacjentów, że usiłują skorzystać z łapownictwa. Każdy niedofinansowany system rodzi takie zachowania. Każdy racjonalnie myślący człowiek chce uzyskać najlepszą pomoc, zwłaszcza kiedy jest chory. Nie ma niczego złego w tym, że ludzie chcą poprawić swój los. Nie zmienia to negatywnej oceny łapownic-

stwa, bo nie jest wszystko jedno, jak los poprawiamy, wskazuje jednak, że samymi zakazami i karami tego problemu nie uda się rozwiązać.

• **Od lat zajmujesz się systematyzowaniem procedur medycznych. Jak ci się podoba obecny koszyk świadczeń gwarantowanych?**

– Współczesny system ochrony zdrowia nie może funkcjonować bez oceny technologii medycznych. Jest niewątpliwym sukcesem tzw. ustawy koszykowej, że wprowadziła mechanizm takiej oceny. Jak to będzie funkcjonować i co w tym koszyku się znajdzie w bardzo dużej mierze będzie zależało od polityki i o tym wolałbym nie mówić.

• **Potrafisz powiedzieć na co cierpi szeregowy lekarz, ten z Hrubieszowa na Lubelszczyźnie czy Drawska na Pomorzu i ten ze szpitala na Banacha?**

– Bardzo nie lubię opartych na „najgłębszych przekonaniach” i anegdotach opowieści o tym, co myślą, czują i czym się martwią inni ludzie. Nie mamy dobrych, wiarygodnych, uzyskanych naukowymi metodami, danych na temat większości problemów naszego środowiska, a w aspekcie, którego dotyczy pytanie można śmiało powiedzieć „środowisk lekarskich”. To jeszcze jedno ważne zadanie dla samorządu. Oczekiwania i problemy środowiska powinniśmy rozpoznawać zanim staną się wielkimi problemami lub skandalami. I podejmować odpowiednie działania.

• **Konstanty Radziwiłł kończy właśnie swoją drugą kadencję. Chciałbyś być kolejnym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej?**

– Chciałbym i będę kandydował. Zdaję sobie sprawę z ogromu oczekiwań. Wiem, jak wiele jest pracy. Że wielu spraw nie załatwimy nawet w ciągu 2-3 kadencji. Musimy tak wykonywać pracę w samorządzie, a więc przede wszystkim zadania powierzone naszemu środowisku przez państwo, aby lekarze mogli powiedzieć: „Jak to dobrze, że te sprawy są w rękach samorządu.”. Musimy się postarać, aby różnica na korzyść izby lekarskiej w porównaniu z urzędem była jeszcze wyraźniejsza. Samorząd musi być bardzo przyjazny dla lekarzy, nie może być biurokratyczną maszyną. Jestem optymistą i marzę o chwili, kiedy będziemy o samorządzie dumnie mówić: nasza izba lekarska.

rozmawiał Marek Stankiewicz

**Ośrodek
Doskonalenia Zawodowego
Lekarzy
i Lekarzy Dentystów
Naczelnej Izby Lekarskiej**

**zaprasza
lekarzy i lekarzy dentystów**

**na
szkolenia**

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

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**
Część I: **8.10.br.**, godz. **9.00-15.30**
Część II: **16.10.br.**, godz. **9.00-15.30**
ew. nast. edycja: Część I: **19.11.br.**,
Część II: **26.11.br.**

Warsztaty: **Techniki negocjacji**
29.10.br., godz. **9.30-16.15**

Jak pracować z trudnym pacjentem
Wstęp do umiejętności
komunikacyjnych

Terminy wkrótce

- Doborowa kadra wykładowców
- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne
- Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa,
ul. Konduktorska 4
tel. **022-559-02-69, 022-559-02-86,**
faks **022-559-02-70**
e-mail: **odz@hipokrates.org,**
http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz

Konieczna korekta budżetu NFZ

Wojciech Marquardt



fot. Marek Staniewicz

W 2010 r. nastąpi obniżenie tempa wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej obserwowanego w latach 2005-08 wskutek m.in. ustabilizowania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 9 % podstawy wymiaru składki oraz pogorszenia się sytuacji makroekonomicznej kraju.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej stanowią 94,15 % kosztów Funduszu. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzkiego Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym.

Planowane nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w 2010 r. wyniosą 54 593 311 tys. zł, z czego 427 230 tys. zł zaplanowano w Centrali Funduszu. 54 166 081 tys. zł przeznaczone będzie na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Koszty świadczeń zdrowotnych

Planowane na rok 2010 nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej uwzględniają w szczególności:

- zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przeniesienia finansowania świadczeń pielęgniarstwa opieki domowej w POZ, do rodzaju świadczeń opieka długoterminowa,
- utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- dynamikę kosztów refundacji cen leków wynikającą z prognozowanych przez NFZ potrzeb w tym zakresie,
- zabezpieczenie środków w pozycji „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych” na poziomie wykonania 2008 r.

Planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez oddziały Funduszu stanowią 93,42 % kosztów Funduszu.

W związku z nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich w projekcie planu finansowego ujęto m.in. oszacowane przez oddziały Funduszu koszty związane z wydawaniem recept. W pozycji tej ujęto także wdrażanie Rejestru Usług Medycznych, którego koszty (w latach 2010-12) oszacowano łącznie na 400 mln zł, w tym w 2010 r. – 80 mln zł. Koszty Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZZ) i Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) łącznie ok. 313 mln zł, koszty dystrybucji kart w 2010 r. – 87 mln zł. Koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zmiennych książeczek usług medycznych) oraz recept stanowią 0,16 % kosztów Funduszu.

Świadczenia zdrowotne w oddziałach wojewódzkich

W 2010 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ zaplanowano koszt świadczeń zdrowotnych o 8 015 857 000 zł wyższy od planu 2009 r. (co stanowi 117,37 % planu 2009 r.):

- Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 918 217 000 zł (114,5 % planu 2009 r.).
- Refundacja cen leków – 8 084 607 000 zł (108,47 % planu 2009 r.).
- Podstawowa opieka zdrowotna – 6 976 794 000 zł (104 % plan 2009 r.).
- Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 1 819 863 000 zł (169 153 000 zł mniej niż w 2009 r., zaledwie 91,5 %).

- Leczenie szpitalne – 23 337 488 000 zł (1 882 031 000 zł mniej niż w 2009 r., 92,54 %).
- Rehabilitacja lecznicza – 1 658 359 000 zł.
- Leczenie stomatologiczne – 1 833 560 000 zł (93,18 % planu 2009 r.).
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 4 128 687 000 zł (234 775 000 zł mniej niż w 2009 r., zaledwie 94,53 % planu 2009 r.).

W 2010 r. zaplanowano utworzenie rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych – 2 411 491 000 zł, jest ona wyższa o 2 356 297 000 zł (w 2009 r. rezerwa wynosiła zaledwie 55 194 000 zł).

Nowy algorytm. Rezerwa migracyjna

Obecnie środki finansowe na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ dzielone są według sposobu, który uwzględnia, między innymi, średni dochód gospodarstwa domowego w województwie, co powoduje spore dysproporcje między województwami. Najwięcej na leczenie jednego pacjenta dostaje mazowiecki oddział NFZ (1575 zł), równie nieźle jest w pomorskim (1464 zł), śląskim (1442 zł) czy dolnośląskim (1410 zł). W podlaskim – 1338 zł, na Warmii i Mazurach – 1329 zł, w lubelskim – 1313 zł, a na Podkarpaciu zaledwie 1246 zł. Tymczasem leczenie pacjenta wszędzie kosztuje tyle samo.

Stary algorytm, opierający się na współczynniku dochodowości, był niekorzystny dla wielu województw. W tej sytuacji samorządowcy i związkowcy protestowali przeciw takiemu sposobowi podziału pieniędzy. Protesty dały efekt. 11 września 2009 r. posłowie przyjęli nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zmieniając sposób podziału środków na leczenie między poszczególne województwa. Posłowie przyjęli nowelizację ustawy. Jeśli poprze ją Senat i Prezydent, od 2010 r. pieniądze na leczenie nie będą już dzielone według dochodów, ale z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych w danym oddziale.

Rezygnacja ze współczynnika dochodowości i oparcie algorytmu, między innymi, na liczbie mieszkańców, ich wieku i płci oraz stopniu ryzyka chorobowego ma sprawić, że znikną dysproporcje między „biednymi” a „bogатыmi”. Różnice w przeliczeniu na osobę wynosiły nawet do 400 zł.

Znowelizowana 11 września ustawa o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych zakłada utworzenie rezerwy migracyjnej. Na jej koncie mają znaleźć się 3 mld zł. Środki z tej puli będą uruchamiane przez prezesa NFZ na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Obawiam się, że rezerwa migracyjna nie rozwiąże trudnej sytuacji finansowej NFZ oraz uzależnionych od niego wszystkich świadczeniodawców.

Konieczna korekta budżetu NFZ na 2010 r.

Plan finansowy Funduszu na 2010 r. został przedstawiony 15 lipca przez Prezesa NFZ Radzie Funduszu. 23 lipca Rada pozytywnie zaopiniowała propozycję Prezesa.

Projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. nie został zaakceptowany przez ministra zdrowia i ministra finansów, konieczna będzie jego korekta, która ma uwzględnić zmianę algorytmu rozdzielającego pieniądze na finansowanie świadczeń w poszczególnych województwach.

NFZ nie podwyższy wartości umów ze świadczeniodawcami w 2010 r. To zła informacja, szczególnie dla świadczeniodawców, którzy za chwilę rozpoczną kontraktowanie świadczeń na przyszły rok. Nie powinni spodziewać się, że będą wyższe od tegorocznych. Niewykluczone, że mogą być nawet niższe. W przypadku szpitali – nawet o kilka procent. Mimo zmiany zasad podziału pieniędzy w przyszłym roku do szpitali ma trafić na leczenie nawet o 2 mld zł mniej niż w obecnym. Brak wzrostu wartości kontraktów szpitali jest jednoznaczny z utrzymaniem limitów świadczeń zdrowotnych, jaki w ciągu roku mogą zrealizować placówki. Niższe kontrakty, a jednocześnie rosnące koszty utrzymania szpitali, spowodują wzrost ich zadłużenia, wydłużanie kolejek do limitowanych świadczeń.

NFZ podobnie jak inne fundusze mógłby zaciągać kredyt. Jeśli przewiduje taką konieczność w 2010 r., to zamiar taki powinien już zapisać w przyszłorocznym planie finansowym.

Jeśli w roku wyborczym 2010 Premier nie ma odwagi podnosić składki zdrowotnej, to dla uniknięcia katastrofy wielu świadczeniodawców pozostaje jedynie zaciągnięcie kredytu przez NFZ. Ciekawe, czy najbliższa korekta planu finansowego uwzględni również kredyt.

Ukarani za leczenie

Agnieszka Banach

Na „kupno” świadczeń medycznych w 2009 r. Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ miał ponad 2,7 mld zł. Znaczna część tej kwoty, bo aż 48 proc., została zakontraktowana w szpitalach. Szybko okazała się niewystarczająca. Już po pół roku świadczenia wykonane ponad określony w kontraktach limit sięgały w tamtejszych lecznicach 109 mln 582 tys. zł!

Fundusz nie zapłaci

Kwestia pokrycia szpitalom tegorocznych nadwykonań, mimo zapewnień minister zdrowia Ewy Kopacz, ciągle zostaje niezalutwana. „Deklaracje składała pani minister, a nie NFZ – podkreśla Barbara Nawrocka, rzeczniczka oddziału w Bydgoszczy – Fundusz nie ma środków finansowych na nadwykonania w bieżącym roku. Obecnie płacimy zgodnie z wykonaniem za świadczenia nielimitowane i ratujące życie, za pozostałe (od red. tzw. planowe) zgodnie z zawartą umową.”

Dyrektorzy lecznic co miesiąc raportują NFZ-owi jakie świadczenia wykonali. W pierwszej kolejności muszą wykazywać tzw. procedury ratujące życie, dalej tzw. planowe. NFZ płaci za nie zgodnie z wartością zawartej umowy. Procedury planowe przekraczające wartość kontraktu stają się nadwykonaniami. Niektórzy dyrektorzy wymagają od szefów oddziałów, by co miesiąc „zostawiali” sobie 30 proc. kontraktu na procedury ratujące życie, resztę „dzieląc” na zabiegi planowe, ustawiając chorych do kolejki. „O przyjęciu pacjenta do szpitala i jego miejscu w kolejce decyduje lekarz, oceniając stan

zdrowia chorego – mówi Barbara Nawrocka – NFZ nie definiuje świadczeń ratujących życie. To lekarz musi wiedzieć, czy niewykonanie świadczenia w danej chwili będzie skutkowało utratą życia pacjenta, czy też nie.”

Nie zawsze jest to proste. „Zalóżmy, że trafia do nas pacjent po urazie głowy. Przyjmujemy go na obserwację, bo może pojawić się u niego zagrażający życiu krwiak nadwardówkowy. Robimy tomografię, potem kolejną, żeby sprawdzić czy krwiak się nie tworzy. Pacjentowi nic nie jest. NFZ nam za jego leczenie nie płaci, bo limit już wy-

czerpaliśmy. Co jednak powiedziałby NFZ i prokurator, gdybym chorego nie przyjął, a on by za kilka dni umarł? – pyta Krzysztof Motyl, dyrektor Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy i dodaje: – Fundusz wymyślił sobie pojęcie: procedury ratujące życie, kryterium, które prawnie nie istnieje i nie daje się zdefiniować. W medycynie mamy tylko wskazania nagłe, pilne i planowe oraz względne i bezwzględne. Można powiedzieć, że życie ratujemy także operując zaćmę, bo może się zdarzyć, że odesłany chory nie zobaczy samochodu i zginie...”

Komornik czy prokurator?

Przyjmować pacjentów mimo wyczerpania limitów, brnąć w długi, a w związku z tym narażać się na zajęcia komornicze? Czy raczej ograniczyć przyjęcia do tzw. świadczeń ratujących życie, ale tu znowu wystawić się na ryzyko powództw cywilnych i karnych? To dylemat, przed którym stają dyrektorzy szpitali.

Największy szpital w regionie – Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza na koniec lipca br. miał nadwykonań na ponad 19 mln zł. Ciężą na nim zobowiązania wymagalne w kwocie prawie 73 mln. Niedawno konto jednostki zablokowało kilku komorników. Część pracowników nie dostała wynagrodzeń. Tym razem problem udało się rozwiązać – NFZ szybko pokrył comiesięczną fakturę, ale sytuacja może się powtórzyć, bo nad szpitalem „wiszą” kolejne nakazy sądowe. „Jurasz” broni się jak może przed groźbą zapaści finansowej. „Oszczędzamy na wszystkim: energii elektrycznej, wodzie, lekach, sprzęcie jednorazowego użytku – wylicza dyrektor Wanda Korzycka-Wilińska. – Jednym z wielu podjętych działań jest zarządzenie zobowiązujące kierowników klinik do nieprzekraczania miesięcznych limitów zakontraktowanych z NFZ oraz do planowania pracy tak, aby pacjenci planowi i ci przyjmo-

wani w stanach zagrażających życiu mogli „zmieścić” się w zakontraktowanych wartościach. Zarząd szpitala rozważa również możliwość obniżenia wysokości umów cywilnoprawnych, analizujemy też nasze potrzeby w zakresie zasobów ludzkich.”

Bydgoski Uniwersytecki nr 2 im. Bizuela po 7 miesiącach tego roku ma nadwykonania za ponad 5 mln zł. Ponadlimitowi chorzy obciążają budżet szpitala, generującego przez to coraz większy dług – na razie ciąży na nim 38 mln zł zobowiązań, w tym ok. 15 mln wymagalnych. Niedawno o szpitalu było głośno z powodu nakładania kar finansowych na ordynatorów za przekroczenie limitu świadczeń. „Zostałem ukarany za leczenie” – mówił szef jednej z klinik, wobec którego zastosowano ten system. „W oddziałach, w których odnotowano największe przekroczenia znaczna część pacjentów mogłaby być prowadzona w warunkach ambulatoryjnych. Działania szpitala adresowane do ordynatorów, nie jako lekarzy, lecz w tym przypadku menedżerów oddziału, zmierzały do ograniczenia zbędnych przyjęć z punktu widzenia terapeutycznego – wyjaśnia dyrektor ds. finansowych lecznicy Magdalena Kopeć i podkreśla: – Żaden z ordynatorów nie został ukarany za to, że leczył, tylko za to, że nie realizował wyznaczonych przez Zarząd zadań.”

Pomimo zobowiązań w kwocie kilkunastu milionów złotych w bydgoskim Szpitalu Miejskim sytuacja finansowa jest stabilna. „Pytanie: jak długo? – zastanawia się dyrektor Motyl. – Na pewno przyjdzie moment, że Zarząd szpitala będzie musiał podjąć decyzję, czy nadal świadczymy usługi zdrowotne, za które nam nikt nie płaci, narażając się na groźbę zajęć komorniczych, czy ograniczamy liczbę świadczeń, co wiąże się ze zwolnieniami najbardziej wykwalifikowanego personelu: lekarzy i pielęgniarek”. Na okulistykę w Miejskim kontrakt skończył się w połowie lipca, na chirurgię w połowie października. „Na razie realizujemy świadczenia w takim stopniu, który uważamy za niezbędny – mówi Krzysztof Motyl. – Jeszcze ich nie ograniczamy, bo byłoby to niezgodne z etyką lekarską, poza tym nie chcemy odpowiadać przed prokuratorem za „odpisanie” chorego, który, jak nam się wydawało, nie musi być przyjęty w ramach procedur „ratujących życie”. Wolę, żeby sąd rozstrzygnął, czy należy mi zapłacić, czy nie.”

O odzyskanie należności za świadczenia wykonane ponad limit zamierza

ubiegać się także „Biziel”: „Szpital wykonał usługę dla pacjentów ubezpieczonych, poniósł realny koszt, więc naszym zdaniem powinien dochodzić swoich należności – uważa dyrektor Kopeć. – Mamy jednak nadzieję, że sprawa nie zakończy się w sądzie i uda nam się odzyskać pieniądze z NFZ-u.” Jeżeli do końca roku Fundusz nie zapłaci za nadwykonania „Juraszowi”, ten także zamierza skierować sprawę do sądu.

Inaczej na świadczenia ponadlimitowe patrzy Fundusz: „Czasami wykazywane nadwykonania mogłyby być potraktowane jako planowe albo w ogóle nie powinny być operowane – uważa Wiesław Kielbasiński, dyrektor regionalnego NFZ-u. – Niektóre oddziały niepotrzebnie przyjmują chorych, np. na obserwację na oddział chirurgiczny. Niektórzy też uważają, że warto wykazywać «nadlimity», bo można będzie więcej osiągnąć w czasie kontraktowania.”

No i co dalej?

Na razie projekt planu finansowego NFZ-u na 2010 r., opiewający na ok. 54 mld zł, trafił do korekty uwzględniającej nowy algorytm. Wiadomo jednak, że Fundusz z powodu niższych wpływów ze składek zdrowotnych będzie dysponować mniejszymi, nawet o ok. 2 mld zł, środkami niż w tym roku. Czeka nas czas „napiętych” budżetów w szpitalach, bo wg projektu NFZ chce przeznaczyć na nie ok. 2 mld zł mniej. Krzysztof Motyl uważa, że trudna sytuacja w ochronie zdrowia to kwestia decyzji politycznych. „Nie ma pieniędzy na zdrowie, czy może raczej politycy, którzy decydują o budżecie, tak wybierają? – pyta. – Wystarczy zauważyć, że na Stadion Narodowy wydamy 2 mld zł, tyle ile ma stracić NFZ przez niższe przychody ze składek w 2010 i ile mniej mają dostać szpitale.”

Poprawić sytuację szpitali i ich pacjentów mogłaby jeszcze inna decyzja polityczna: zezwolenie jednostkom publicznym na działalność komercyjną. „Pozwoliłoby to zwiększyć dostępność pacjentom ubezpieczonym, bo kolejka by się skróciła o tych ubezpieczonych, którzy chcą za leczenie zapłacić. Ja miałbym pokrycie wolnych mocy prze-robowych, a płatnik nie musiałby się ze mną „zabijać” w sądzie o nadwykonania, bo przerzucałbym je na obszar komercji – mówi dyrektor Motyl. – Pytanie brzmi: Dlaczego nikt nie chce zmienić przepisów, tak by można było realizować odpłatne świadczenia w publicznych szpitalach?”

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Kodeks Etyki Lekarzy Dentystów w Unii Europejskiej

1. Kontekst

Z powodu nasilonej wymiany między-narodowej pacjentów i personelu medycznego zasadne stało się opracowanie zasad obowiązujących wszystkich lekarzy dentystów w Unii Europejskiej i Europejskiej Strefie Ekonomicznej. Powyższe zasady dotyczą standardów postępowania i zasad etyki, które znacząco wpływają na jakość opieki stomatologicznej w Europie. Kodeks ten został opracowany przez Europejską Radę Lekarzy Dentystów reprezentującą lekarzy dentystów z poszczególnych krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz krajów europejskich nie należących do UE.

Są to ogólne zasady, które uzupełniają kodeksy etyki obowiązujące w poszczególnych krajach członkowskich. Kodeksy poszczególnych państw uwzględniają różnice kulturowe, tradycje i potrzeby społeczne pacjentów z poszczególnych krajów UE. Lekarze wykonujący zawód poza swoim krajem pochodzenia powinni zapoznać się i stosować do obowiązującego kodeksu postępowania.

1.1 Cele i zasady wykonywania zawodu lekarza dentysty

- Cele i zasady wykonywania zawodu lekarza dentysty odnoszące się do wszystkich wolnych zawodów. Oto one:
- pracować na rzecz dobra ogółu poprzez promocję zdrowia jamy ustnej społeczeństwa,
 - dochować wierności zasadom bezstronności, dochowania tajemnicy lekarskiej, uczciwości, kompetencji oraz profesjonalizmu,
 - zajmować się promocją zdrowia stomatologicznego jako elementu zdrowia ogólnego i zapewnić równy dostęp do opieki stomatologicznej,
 - dzielenie się ze społecznością lekarską swoją wiedzą i nabytymi umiejętnościami,
 - szanować godność, niezależny wybór pacjenta,
 - kierować się najwyższym dobrem pacjenta,
 - stosować współczesne/obowiązujące standardy praktyki.

2. Stosunek do pacjenta

2.1 Lekarz dentysta powinien kierować się dobrem pacjenta jako najwyższym nakazem.

2.2 Lekarz dentysta powinien udzielać świadczeń zdrowotnych unikając wszelkiej dyskryminacji pacjenta czy grup pacjentów.

2.3 Lekarz dentysta powinien zaproponować leczenie zgodnie z aktualnym stanem klinicznym i potrzebami pacjenta. Na decyzję lekarza nie powinny mieć wpływu mechanizmy zewnętrzne ani rynkowe w kwestii opieki nad pacjentami ani odpowiedzialności za nich.

2.4 Lekarz dentysta powinien uszanować decyzję wyboru lekarza przez pacjenta.

2.5 Dobra komunikacja jest podstawą relacji lekarz-pacjent. Lekarz dentysta powinien umożliwić pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi udzielenie świadomej zgody na proponowane leczenie. Pacjent powinien uzyskać informacje odnośnie proponowanego zabiegu, alternatywnych możliwości leczenia, stopnia ryzyka oraz kosztów - co umożliwi wyrażenie świadomej zgody na zabieg.

2.6 Lekarz dentysta powinien poinformować pacjenta o powikłaniach lub niepowodzeniu leczenia oraz zaproponować inne możliwości terapii w celu ich usunięcia.

2.7 Lekarz dentysta powinien zapewnić pacjentowi ciągłość leczenia.

2.8 Lekarz dentysta powinien dołożyć wszelkich starań, aby leczenie kontynuował inny lekarz w razie, gdy planowany zabieg jest niezgodny z przekonaniami religijnymi lub moralnymi lekarza lub kiedy nie może on z innych przyczyn kontynuować leczenia lub wykonać zabieg.

2.9 Lekarz dentysta powinien przeprowadzać jedynie te zabiegi, które wchodzą w zakres jego kompetencji. Jeżeli planowane leczenie wykracza poza kompetencje lekarza powinien on skierować pacjenta do właściwego/odpowiedniego specjalisty.

2.10 Lekarz dentysta powinien być godzien zaufania, jakie pokłada w nim pacjent i społeczeństwo.

2.11 Lekarz dentysta powinien dołożyć wszelkich starań, aby oczekiwania pacjenta co do efektów leczenia były adekwatne do rezultatów, jakie są możliwe do osiągnięcia.

2.12 Lekarz dentysta powinien uszanować prawo pacjenta do złożenia skargi. Lekarz dentysta powinien odpowiedzieć na nią bezzwłocznie i starać się rozwiązać problem mając na uwadze dobro pacjenta.

2.13 W sytuacji zaistnienia skargi lub postępowania sądowego lekarz dentysta powinien postępować zgodnie z normami prawnymi obowiązującymi w danym kraju – na zasadzie szeroko rozumianej współpracy/dla dobra społecznego.

2.14 Lekarz dentysta powinien posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej.

2.15 Lekarz dentysta powinien stosować się do zasady poufności w kontaktach z pacjentem:

- pacjent ma prawo do prywatności i poufności/ intymności w zakresie informacji o jego stanie zdrowia,
- pacjent ma prawo kontrolowania dostępu do informacji o jego stanie zdrowia poprzez ich udostępnienie, wstrzymanie lub wycofanie zgody na ich udzielanie.

2.16 Lekarz dentysta dołoży wszelkich starań, aby dane pacjenta były przechowywane zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (przepisami dotyczącymi zasad przechowywania dokumentacji medycznej). Lekarz dentysta powinien zobligować personel pomocniczy do zachowania poufności informacji uzyskanych w czasie wykonywania zawodu.

2.17 Lekarz dentysta powinien przechowywać dokumentację medyczną w sposób zapewniający jej bezpieczeństwo. Jeśli dokumentacja prowadzona jest w formie elektronicznej, niezbędny jest system zabezpieczeń uniemożliwiający naruszenie integralności systemu poprzez łącze internetowe.

2.18 Lekarz może ujawnić dokumentację medyczną pacjenta, gdy pacjent wyrazi stosowną zgodę lub gdy zobowiązują do tego przepisy prawa.

3. Stosunek do społeczeństwa

3.1 Lekarz dentysta ma osobisty wkład w dobrostan ogółu społeczeństwa poprzez posiadaną wiedzę i umiejętności.

3.2 Lekarz dentysta wykonując swoją praktykę powinien stosować się do obowiązującego prawa i kodeksu etyki; używać należnych tytułów i prowadzić praktykę zgodnie z obowiązującymi w danym kraju założeniami.

3.3 Lekarz dentysta w zakresie informacji i promowania swojej działalności zawodowej powinien dostosować się do dyrektyw UE oraz obowiązujących rozporządzeń krajowych, włączając w to ogłoszenia. Dotyczy to również informacji przekazywanych przez media elektroniczne.

4. Praktyka zawodowa

4.1 Lekarz dentysta powinien udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej opartej na wytycznych naukowych oraz na podstawie swojego doświadczenia zawodowego.

4.2 Lekarz dentysta pracujący w zespole powinien mieć zapewnioną autonomię tak, aby samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych – mając na celu najwyższe dobro pacjenta, postępując zgodnie z zasadami etyki i czerpiąc ze swego doświadczenia zawodowego.

4.3 Lekarz dentysta powinien zapewnić właściwą jakość opieki poprzez stałe uaktualnianie swojej wiedzy i umiejętności poprzez ustawiczny rozwój zawodowy.

4.4 Lekarz dentysta powinien wspierać i promować zrzeszenia zawodowe, dzielić się swoją wiedzą i respektować, szanować różne opinie zawodowe.

4.5 Lekarz dentysta nie powinien podważać umiejętności i kwalifikacji innych lekarzy.

4.6 Lekarz dentysta przewodząc zespołowi powinien wspierać wszystkich członków zespołu stomatologicznego, będąc pewnym, że posiadają niezbędną wiedzę i umiejętności do podejmowania zadań w sposób efektywny i to, że pracują zgodnie z przepisami obowiązującymi praktykę zawodową w danym kraju.

4.7 Lekarz dentysta powinien zatrudniać i współpracować jedynie z osobami legalnie wykonującymi zawód.

5. Promocja elektroniczna

Zasady określone przez Radę Europejskich Lekarzy Dentystów w Kodeksie Postępowania w związku z Promocją Elektroniczną z uwzględnieniem działalności międzynarodowej zostały dołączone jako integralna część Kodeksu Etyki.

Aneks do Kodeksu Etyki Lekarzy Dentystów

Kodeks Etyki Lekarzy Dentystów w Unii Europejskiej – Promocja Elektroniczna

Kodeks ten jest integralną częścią Kodeksu Etyki Lekarzy Dentystów w Unii Europejskiej. Dotyczy serwisów informacyjnych; możliwości komunikacji poprzez Internet oraz innych metod komunikacji elektronicznej. Kodeks ten normuje kontakty zarówno między lekarzami, jak i kontakty lekarz-pacjent (nie związany z branżą medyczną). Lekarz dentysta jest odpowiedzialny za jakość informacji przekazywanych drogą elektroniczną.

1. Informacje umieszczane na stronach internetowych

Strona internetowa powinna zawierać następujące dane o osobie zamieszczającej informacje:

- imię i nazwisko, adres,
- dane umożliwiające kontakt: adres e-mail, numer telefonu, numer faksu,
- tytuł naukowy, kraj, w którym został nadany,
- dane rejestracyjne praktyki, dane adresowe, kontakt telefoniczny, e-mail, linki do innych stron internetowych, gdzie lekarz zamieszcza informacje.

2. Wymagania dla serwisów profesjonalnych/fachowych

Dostarczając dane do serwisów fachowych lekarz dentysta musi zachować wierność zasadom prawdomówności, uczciwości i godności. Przygotowując stronę internetową lekarz dentysta powinien upewnić się, czy nie zawiera ona informacji niewłaściwych. Wszelkie informacje na stronie internetowej muszą być prawdziwe, obiektywne, łatwe do identyfikacji i weryfikacji, zgodne z uormowaniami prawnymi kraju członkowskiego, w którym lekarz dentysta pracuje.

a) Informacja fachowa powinna zawierać co następuje:

- umowa praktyki, status prawny praktyki lekarza publikującego dane,
- dla wszystkich lekarzy dentystów, których działalność zawodowa jest opisana w Internecie:
 - tytuł naukowy i kraj jego nadania,
 - prawo wykonywania zawodu i potwierdzenie rejestracji – zawierające dane adresowe i kontaktowe lub link do strony, gdzie ww. dane można uzyskać,
 - dane dotyczące zasad rejestracji praktyki w kraju członkowskim, gdzie lekarz dentysta jest zarejestrowany lub tymczasowo praktykuje.

Dane zamieszczane w mediach elektronicznych powinny licować z godnością zawodu lekarza. Kiedy dane dezaktualizują się, powinny być usunięte ze strony internetowej w ciągu miesiąca. Na stronie internetowej musi znajdować się aktualna data i data ostatniej aktualizacji.

b) Następujące informacje muszą być umieszczone na stronie internetowej:

- akceptowane ubezpieczenie zdrowotne,
- kontrakt z NFZ,
- plan ubezpieczeniowy, jaki akceptuje praktyka.

c) Następujące informacje mogą być umieszczone na stronie internetowej:

- godziny, w których możliwy jest kontakt telefoniczny lub wizyta w praktyce,
- szczegóły dotyczące udzielenia pomocy w sytuacjach nagłych,
- możliwość uzyskania pomocy doraźnej,
- linki do towarzystw naukowych,
- informacje dopuszczone na drodze rozporządzeń w kraju wykonywania praktyki.

Jeżeli na stronie zamieszczone są linki lekarz dentysta powinien kontrolować czy nie znajdują się w nich treści niezgodne z ww. zasadami.

d) Informacje, które nie mogą być umieszczone na stronie internetowej:

- porównywanie umiejętności czy kwalifikacji lekarzy dentystów zapewniających opiekę stomatologiczną z innymi lekarzami dentystami.

Przyjęty jednogłośnie na posiedzeniu plenarnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów 30 listopada 2007 r. (zmieniający wcześniejsze wersje Kodeksu Etyki CED z 1965, 1982, 1998 i 2002).

Niezwykłe urlopy profesora

Marek Derkacz

W dn. 13-31 lipca br. odbył się XXVIII Internistyczny Obóz Naukowy w Działdowie zorganizowany przez Studenckie Internistyczne Koło Naukowe działające przy I Oddziale Wewnętrznym i Nefrologii Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

foto: Marek Stankiewicz

Pomysłodawcą tej unikatowej formy kształcenia młodych adeptów sztuki medycznej jest aktualny specjalista krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych prof. Jacek Imiela.

Dla wielu były to kolejne leniwe wakacje. Dla profesora i jego studentów czas pełen wyzwań, ciężkiej, ale i bardzo satysfakcjonującej pracy. Godzina 6.00 rano pobudka, 8.15 raport, a dalej praca z pacjentami i zajęcia szkoleniowe. I tak przez trzy tygodnie, codziennie, do późnych godzin wieczornych...

Chociaż musiał poświęcić własny urlop wypoczynkowy, profesor Imiela po raz kolejny postanowił pozostać mistrzem dla swoich uczniów. Po raz kolejny, bo robi to każdego roku. Już od 28 lat! W upalny dzień, w rozchylanej koszuli lekarskiego fartucha profesor przy mocnej kawie wygląda niczym pułkownik odbierający raporty od swoich żołnierzy. Jego oddział to 73 studentów i studentek od II do VI roku oraz kilku lekarzy stażystów. Wśród uczestników, obok studentów Koła Naukowego Szpitala Międzyzleskiego, są również

studenci Koła Kardiologicznego przy I Katedrze i Zakładzie Kardiologii WUM oraz po raz pierwszy w 28-letniej historii obozu studenci Koła Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Pielęgniarstwa Społecznego WUM. Poligonem jest szpital w Działdowie.

– Do dyspozycji profesora i jego studentów oddajemy praktycznie cały 72-lóżkowy Oddział Wewnętrzny z Pododdziałem Kardiologicznym, Reumatologicznym i z wydzielonymi łóżkami nefrologicznymi. To, co się tutaj dzieje z tymi dziećmi, jest niesamowite – zachwyca się ordynator oddziału Janusz Reguła. – Można powiedzieć, że już po dwóch czy trzech takich obozach są to ułożeni lekarze. Wiedzą, na czym polega badanie wstępne, na czym polega diagnostyka różnicowa, jak się planuje diagnostykę i leczenie – rozpyta się nad lekarską młodzieżą dr Reguła.

Rzuceni w wir pracy

Dzień w szpitalu rozpoczyna się o godzinie 8.15 raportem w szpitalnej stółce. Gabinet lekarski jest zbyt mały,

by pomieścić wszystkich. W czasie raportu obowiązuje jedna żelazna zasada. Trzeba go dokładnie wysłuchać! Kto jest nieobecny myślami, może spotkać się z ostrą reprimendą swojego szefa. Po raporcie, jak każdego dnia, odbywa się ciekawa dyskusja, bo przecież zawsze są jakieś pytania i wątpliwości.

– Przyszli lekarze muszą również pamiętać, że leczymy chorego człowieka z jego problemami, kłopotami i wrażliwością – mówi prof. Jacek Imiela.

Studenci doskonale znają zasadę „Kto pyta, nie błądzi.”! Profesor Imiela cierpliwie wyjaśnia i tłumaczy, to dlatego studenci tak chętnie pytają. Po raporcie przyszli lekarze podzieleni na dwu-, trzyosobowe zespoły idą na przydzielone im sale. W każdym z zespołów pracują obok siebie studenci z młodszych lat (II-IV rok studiów) i ich bardziej doświadczeni koledzy (V-VI rok). Część zespołów stanowią tzw. zespoły mieszane składające się ze studentów Wydziału Lekarskiego i Pielęgniarstwa. Zadaniem każdego jest dokładne przygotowanie się do wizyty profesora.

Podczas porannego obchodu w oddziale przyszli lekarze proponują badania, diagnostykę i sposób leczenia. Jeśli propozycje są właściwe, to ich zlecenia po akceptacji szefa są realizowane. Praca studentów na obozie w Działdowie praktycznie niczym nie różni się od pracy lekarzy z oddziału, którzy w tym czasie wypoczywają na wakacyjnych urlopiach. Studenci zajmują się pacjentami od momentu ich przyjęcia na oddział aż do wypisu. Badają chorych, zakładają historie choroby, ustalają rozpoznania wstępne, planują badania diagnostyczne i leczenie, przygotowują wypisy i karty informacyjne. Wypisanie recepty, już po kilku dniach praktyki, nie stanowi dla nich żadnego problemu.

Nad zespołami czuwają lekarze stażysty, a nad całością zespołu oczywiście pieczę sprawuje profesor. Jeśli młodzi lekarze czegoś nie wiedzą, zawsze mogą zapytać. Profesor wyjaśni lub... każe



Prof. Imiela: Młodzi ludzie muszą z kogoś brać wzór

doczytać. Część uczestników obozu rotacyjnie pracuje w poradniach i ambulatoriach przyszpitalnych, oczywiście pod okiem bardziej doświadczonych kolegów.

Około godziny 11.00 każdego dnia odbywa się tzw. gaduła czyli spotkanie z profesorem Imielą, na którym omawiane są wszystkie ciekawe przypadki kliniczne. Po spotkaniu wszyscy wracają do pracy z pacjentami. – Opieka jest niesamowita, studenci dokładnie zbierają wywiad. Tak jest jak to bywa na filmach. Myślałem, że to błąd, ale teraz wiem, że tak może być w rzeczywistości – przeciera oczy ze zdumienia pan Jakub Madaliński, pacjent działdowskiego szpitala.

– Największą radość te duże grupy studentów i młodych lekarzy dają chyba pacjentom, bo są tu nawet chorzy, którzy o to, aby znaleźć się w szpitalu – dodaje dyrektor SPZOZ w Działdowie Elżbieta Leżuchowska.

A po pracy? Nuda?

Nie, cykl niezwykle interesujących sympozjów naukowo-szkoleniowych, i nie tylko. Praca na oddziale kończy się zwykle o 14.00. Ale to nie koniec. Profesor Imiela potrafi dobrze zagospodarować czas swoich podopiecznych. Po raz pierwszy w historii obozów naukowych w Działdowie postanowił zorganizować cykl sympozjów naukowo-szkoleniowych. Na zaproszenie profesora przyjeżdżają sławy polskiej medycyny, znani profesorowie, wśród nich m.in. prezesi towarzystw naukowych, konsultanci krajowi i wojewódzcy. W Działdowie można zobaczyć ekspertów z poszczególnych dziedzin

i wysłuchać ich ciekawych wykładów. Cóż, za długo by wymieniać wszystkie znane nazwiska...

Wśród słuchaczy oczywiście studenci, lekarze stażysty oraz miejscowi lekarze i pielęgniarki. Po każdym wykładzie rozpoczyna się panel dyskusyjny. Nikt się nie wstydzi zapytać. Nie brakuje również szkoleń, m.in. z EKG, pierwszej pomocy, leczenia cukrzycy itd. Po wykładach ci, którym nie udało się wcześniej uporać z pracą w oddziale, wracają, by ją dokończyć. Pozostali jadą do pobliskiego Malinowa, gdzie o 19.00 czeka na nich kolacja. A niekiedy po kolacji... kolejna „gadula” czyli ponowne omówienie problemów związanych z pracą w oddziale.

Oczywiście są też chwile wytchnienia i odpoczynku od pracy. Co jakiś czas odbywają się wieczorki przy grillu w miejscowej leśniczówce, a w weekendy wypadają nad przepiękne okoliczne jeziora. Doskonały sposób na integrację i regenerację sił przed kolejnym pracowitym tygodniem.

Nowe standardy opieki

Po raz pierwszy na obóz do Działdowa zaproszono studentów Koła Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego. Dzięki temu mieli okazję zapoznać się z pracą lekarzy, a także podzielić się umiejętnościami pielęgniarskimi.

Korzyść jest niewątpliwie obustronna. Profesor Imiela chce wprowadzić tzw. zespoły terapeutyczne, w skład których wchodziłoby lekarzy i pielęgniarki. Cel jest jeden! Wspólna praca na rzecz zdrowia pacjenta. Tu nie ma lepszych i gorszych, wszyscy grają w jednej drużynie i kopią do tej samej bramki.



Przyszli lekarze w Działdowie analizują przypadki, proponują badania, diagnostykę i sposób leczenia



Współczesny świat jest tak najeżony podstępnie zredagowanymi tekstami, że czytanie ze zrozumieniem, przypisane do listy umiejętności absolwenta szkoły podstawowej, udaje się tak naprawdę rzadko komu.

Nieumiejętność ta dotyka także nas, lekarzy, przy czym nie mam na myśli skomplikowanych doniesień naukowych z dziedziny genetyki czy immunologii, ale te, które docierają do nas w masowym wydaniu, a mianowicie wszelkiego rodzaju teksty reklamowe.

Reklama niejedno ma imię

Jeśli ktoś sądzi, że ma do czynienia z reklamą tylko wówczas, gdy miły głos lektora anonkuje „zapraszamy do reklamy” lub oznajmia „to była reklama” – jest w poważnym błędzie. Ta jawnie anonsowana reklama jest w gruncie rzeczy bardzo niewinna w porównaniu z jej niezwykle niebezpieczną odmianą, jaką jest kryptoreklama. Osacza nas ona na tysiąc sposobów, a każdego dnia pojawiają się nowe i coraz bardziej wyrafinowane. Biznes reklamowy kręci się żwawo, a świat nigdy nie przeznaczał tak dużych pieniędzy na reklamę jak obecnie.

Biznes farmaceutyczny nie jest żadnym wyjątkiem, rządzi się tymi samymi prawami co inne branże. Różnicę między reklamą a rzeczywistością stosunkowo wcześniej dostrzegli klienci biur turystycznych, gdy zwiedzeni obrazkami wytwornych pokoi hotelowych z widokiem na najbardziej niebieskie morze, jakie istnieje na świecie (na marginesie, najpiękniejsze jest chyba na Karaibach, podobno z powodu obecności w wodzie jakichś żyłatek, które przyczyniają się do tego koloru), lądowali w obskurnej kłitce z widokiem na betonową ścianę sąsiedniego domu.

Reklama leków

Reklama leków jest obwarowana licznymi przepisami, które tak naprawdę generują jedynie coraz bardziej wyrafinowane sposoby ich obchodzenia. Generalnie działania sprowadzają się do dwóch technik: prania mózgów i niedo-

informowywania, a wszystko dzieje się w majestacie prawa.

Pranie mózgów posługuje się kilkoma technikami – powszechnie znaną jest zaangażowanie tzw. key opinion leadera (oficjalna definicja mówi, że jest to osoba rozpoznawana na poziomie krajowym, która przez swoją pozycję może wpływać na zachowania terapeutyczne innych lekarzy), który za pomocą niedomówień i umiejętnie wybranych faktów podaje nam na talerzu najgorszy rodzaj kłamstwa, czyli półprawdę. Marketing farmaceutyczny ze szczególną intensywnością korzysta z usług *key opinion leaderów* w kardiologii, diabetologii i onkologii. Oczywiście od czasu do czasu można zjeść taką przystawkę zachowując pełną świadomość co do charakteru konsumpcji (wszak rzeczy niezdrowe mogą być całkiem smaczne!), ale w żadnym wypadku nie może być to nasze jedyne pożywienie ani jedyne źródło wiedzy. Potraktowani takim daniem dostajemy jeszcze coś na wynos, a są to zwykle papierowe materiały reklamowe.

Niemieckie przysłowie mówiące, że duży druk daje, a mały odbiera, trzeba przełożyć w praktyce na to, że przeczytanie wszystkiego, co jest napisane małym drukiem, daje nam zdrowie, pieniądze i spokojne życie, a poprzestawanie na czytaniu tylko dużego druku może nas wpędzić w chorobę, straty finansowe i kłopoty. Dotyczy to zarówno naszego życia prywatnego, jak i zawodowego. Życie prywatne każdy może pędzić na swój sposób i nic innym ludziom do tego. Ale nasze życie zawodowe to także życie oraz zdrowie innych ludzi i z tego to względu obowiązuje nas szczególna ostrożność.

Co każdy lekarz wiedzieć powinien?

Każdy z nas powinien być świadom, że jedyną prawnie obowiązującą informacją o leku jest dokument zatytułowany „Charakterystyka produktu

leczniczego”. Jego wzór reguluje rozporządzenie MZ z 30 maja 2003 r. Zawiera on następujące punkty:

1. Nazwa własna produktu leczniczego.
2. Skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych.
3. Postać farmaceutyczna.
4. Szczegółowe dane kliniczne.
 - 4.1. Wskazania do stosowania.
 - 4.2. Dawkowanie i sposób podania.
 - 4.3. Przeciwwskazania.
 - 4.4. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania.
 - 4.5. Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji.
 - 4.6. Ciąża lub laktacja.
 - 4.7. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwania urządzeń mechanicznych w ruchu.
 - 4.8. Działania niepożądane.
 - 4.9. Przedawkowanie.
5. Właściwości farmakologiczne.
 - 5.1. Właściwości farmakodynamiczne.
 - 5.2. Właściwości farmakokinetyczne.
- 5.3. Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie.
6. Dane farmaceutyczne.
 - 6.1. Wykaz substancji pomocniczych.
 - 6.2. Niezgodności farmaceutyczne.
 - 6.3. Okres ważności.
 - 6.4. Specjalne środki ostrożności przy przechowywaniu.
 - 6.5. Rodzaj i zawartość opakowania.
 - 6.6. Instrukcja dotycząca przygotowania produktu leczniczego do stosowania i usuwania jego pozostałości.
7. Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu.
8. Numery pozwolenia na dopuszczenie do obrotu.
9. Data wydania pierwszego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu; data przedłużenia pozwolenia.
10. Data zatwierdzenia lub częściowej zmiany tekstu charakterystyki produktu leczniczego.

Jest to jedyny dokument przeznaczony dla lekarza mający moc prawną, w odróżnieniu od wszystkich innych informacji o leku. Dla pacjenta analogicznym dokumentem jest ulotka informacyjna dołączona do opakowania. W dyskusji na jednym z lekarskich portali medycznych odwodziłam kolegów od szeroko rozpowszechnionego nawyku podawania kaptoprilu podjęzykowo, lek ten bowiem nie ma takiej rejestracji, lecz tylko rejestrację do podawania doustnego. Przytaczano różne kontrargumenty, poczynając od osobistych doświadczeń po dane zawarte w podręczniku jednego z komercyjnych wydawnictw wraz z profesorskimi nazwiskami konsultującymi ową publikację. Wyjaśniłam, że najlepsza wiedza akademicka wsparta wszelkimi tytułami nie może zastępować przepisów prawa, które jesteśmy bezwzględnie zobowiązani znać i ich przestrzegać. Powiem dobitniej – praktyka lekarska to nie taki czy inny egzamin, gdzie ostatnie słowo należy do profesury; w praktyce obowiązuje nas obiektywna wiedza oraz przepisy prawa, a wszystko powinno być wsparte osobistym doświadczeniem oraz starannością działania lekarskiego. Wszystko inne jest publikacją edukacyjną lub reklamą, której lektura nie może i nie powinna być podstawą do rozpoczęcia ordynacji danego leku.

Już słyszę głosy zdziwienia, a może nawet i oburzenia – to niemożliwe przeczytać wszystkie charakterystyki produktu leczniczego! Tymczasem nie jest to trudne, jeśli uświadomimy sobie konieczność takich lektur i konsekwentnie będziemy ją realizowali. W jaki sposób?

Zgodnie z Kodeksem Farmaceutycznej Etyki Marketingowej każdy przedstawiciel powinien podczas wizyty doręczyć nam taką charakterystykę – będzie to dowodem na rzetelność przekazywanej informacji. Powinniśmy zaczynać rozmowę od poproszenia o dostarczenie nam takiego dokumentu, a zbiór charakterystyk leków przez nas ordynowanych powinien być zawsze pod ręką. Wszelkie inne informacje na temat leków są w różny sposób skróconymi, nieznacznymi przeredagowanymi, świadomie wybranymi fragmentami z dokumentu podstawowego i nie bez powodu zarówno opasłe tomy, jak i krótkie reklamy zawsze zawierają klauzulę o konieczności zapoznania się z pełną informacją o leku. Zbyt często ordynacja tego a nie innego leku rodzi się po przeczytaniu lub usłyszeniu ogólników błędnie uważanych za „naukowe”, będące w domniemaniu racjami wyższego rodzaju niż z pozoru nudne dokumenty urzędowe. Inny błąd związany jest z rozciąganiem na leki generyczne szczegółowych wskazań do stosowania

odnoszących się do leków oryginalnych i będących rezultatem badań producenta, których wskazania zwykle są węższe, a badania, które dokumentowałyby owe rozszerzone wskazania (poza obowiązkową biodostępnością), nie w każdym wypadku przeprowadzane.

Na jednym z kongresów zwróciłam się do trzech przedstawicieli medycznych o dokument charakterystyki produktu leczniczego – w jednym ze stoisk od ręki otrzymałam dokument, w drugim zaofiarowano mi skróconą wersję informacji, w trzecim poinformowano, że dokumentacja jest, ale w samochodzie. Choć przepisy zobowiązują przedstawicieli medycznych do posiadania omawianego dokumentu podczas wizyty u lekarza w gabinecie, to sądzę, że na wszelkich kongresach tego rodzaju dokumenty powinny być również rutynowo dostępne. Istotne bowiem jest nie miejsce przekazu, lecz adresat informacji.

Ważne wnioski końcowe

Czytamy dużo informacji, prac naukowych, doniesień – część z nich jest klasyczną informacją śmieciową, która zamula nasze mózgi i usypia czujność. Czytajmy przede wszystkim te dokumenty, do których znajomości zobowiązują nas przepisy prawa – dla dobra oraz bezpieczeństwa naszych pacjentów i nas samych.

Rozszyfruj receptę

W numerze wrześniowym mieliśmy dwie zagadki, typową receptową oraz pytanie z zakresu... powiedzmy dietetyki – co to są kumpie? Na pytanie odpowiedzieli prawidłowo i jako pierwsi dr **Magdalena Zajdel-Stachoń** z Tych oraz dr **Jerzy Czechowski** z Grodziska Wielkopolskiego. Oboje otrzymują nagrodę-niespodziankę, a jest nią moja najnowsza powieść „*Życie po byciu lekarzem*”, w której narratorka dr Matylda Przekora wspomina początki swojej kariery lekarskiej pod batutą pewnego ordynatora, rozmyśla nad zmianami w swoim życiu i decyduje się wykonać skok na głęboką wodę szerszej kariery oraz pożegnać z przeszłością takimi oto słowami:

*Ulokowałam jeden dzień na mapie zapomnienia,
Będę wspominać go bez słów i tylko od niechcenia.
Ulokowałam drugi dzień na mapie zapomnienia,
Będę wspominać go bez słów i tak to nic nie zmienia...*

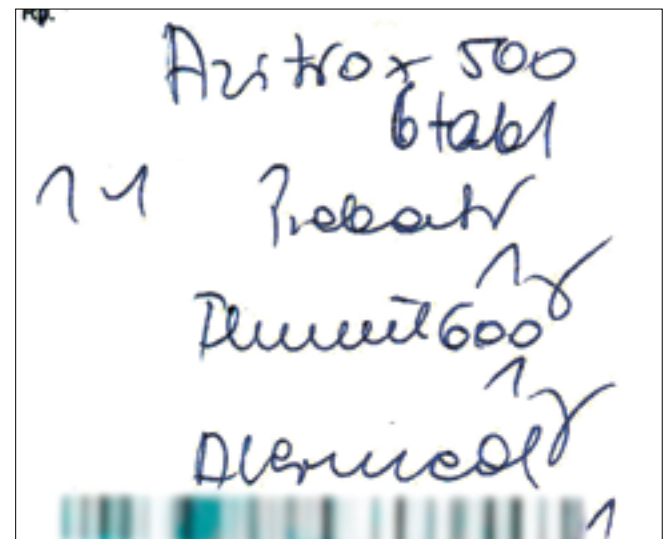
Choć dr Matylda nie jest pesymistką, to nie potrafi rozwikłać kilku dylematów związanych z praktyką lekarską. Czy uda się jej skutecznie umieścić przeszłość na mapie zapomnienia? Odpowiedź znajdą czytelnicy na kartach powieści.

Powróćmy jednak do naszych receptowych zagadek – oto kolejny przykład do rozszyfrowania. Ciągle czekamy na e-recepty, nad którymi prace ślimaczą się, choć fundusze unijne są na wprowadzenie systemu recept on line.

Już teraz zapowiadam superwyzwanie, które będzie w numerze grudniowym – na trzeci jubileusz naszej rubryki. Zachęcam do uczestnictwa, przewidujemy dużo atrakcyjnych nagród książkowych.

Tymczasem laureatką części receptowej w tym miesiącu zostaje dr **Anna Kołakowska**, którą proszę o podanie adresu pocztowego, na który zostanie przesłana nagroda książkowa.

krystyna.knypl@compi.net.pl



Chcemy być najlepsi

Z prof. Henrykiem Skarżyńskim, dyrektorem Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie inicjatorem i głównym organizatorem Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach koło Warszawy rozmawia Agnieszka Katrynica

• **Dzięki prowadzonym przez pana instytut badaniom przesiewowym u dzieci dowiedzieliśmy się, że aż 20 proc. populacji ma problemy ze słuchem. Czy to oznacza, że Polacy głuchną?**

– Rzeczywiście, dysponując nowoczesną aparaturą, za którą otrzymaliśmy wiele złotych medali na największych salonach wynalazczości w Brukseli, Paryżu i Genewie, mogliśmy przeprowadzić masowe badania słuchu dzieci w wieku szkolnym – warto podkreślić, że to jedyne na taką skalę przedsięwzięcie na świecie. Doprecyzujmy też od razu, że te 20 proc. to są najróżniejszego rodzaju zaburzenia słuchu i słyszenia, z których znaczna część to następstwa infekcji górnych dróg oddechowych (gdo). A jak wiadomo tych, zwłaszcza u dzieci, jest coraz więcej, co wynika m.in. ze zwiększonej zachorowalności na alergię czy większej odporności na antybiotyki.

Niestety, każda infekcja gdo to nie tylko zmiany w nosie, zatokach obocznych, ale również w uszach. Zaczyna się



zwykle od lekkiego niedosłuchu, który z czasem i każdym kolejnym stanem zapalnym pogłębia się. Jest wynikiem wysięku gromadzącego się w uchu środkowym, później obrzęku wyściółki i zrostów. Dobra wiadomość to ta, że zmiany w obrębie ucha środkowego z powodzeniem możemy leczyć, a czym wcześniej je wykryjemy, tym to leczenie jest efektywniejsze i tańsze, stąd tak ważna rola badań przesiewowych. Dlatego zabiegamy o to, by te badania na stałe „weszły” do szkół, tak by można było co roku badać całą populację; tym bardziej, że testy są tanie i proste do przeprowadzenia. Powinny poza słuchem, tak jak to robimy obecnie, objąć zaburzenie mowy i wzroku.

Chcąc precyzyjnie odpowiedzieć na pytanie o to czy Polacy głuchną nie możemy także pominąć zjawiska szumów usznych, zarówno tych przemijających jak i stałych, które dotyczą ok. 17 proc. populacji dorosłych. Z kolei u dzieci okresowe szumy uszne notujemy aż u ok. 30 proc. To bardzo dużo i można już tu mówić o problemie społecznym, bo takie szumy to pierwszy sygnał pogarszającego się słuchu, którego najczęstszą przyczyną jest hałas, w tym występujący o wysokim natężeniu hałas w szkole.

• **Ale współczesny świat jest coraz głośniejszy i życia w hałasie nie da się unikać...**

– To prawda, ale powinniśmy go ograniczać. Nie mamy wpływu na coraz większy hałas środowiskowy, hałas na ulicy. Z naszych badań wynika np., że podczas przerwy szkolnej poziom hałasu jest podobny do tego, który emituje startujący samolot, efekt jest taki, że połowa uczniów zaczynając kolejną lekcję przez pewien czas nie słyszy dobrze tego, co mówi nauczyciel. Jest to już dawno udowodnione następstwo zmęczenia słuchowego. Inne nasze badania pokazały, że trzy czwarte osób po 70 roku życia ma problemy ze słyszeniem, co jest wynikiem fizjologicznego starzenia się, ale również życia w hałasie.

Podsumowując – ze słuchem Polaków nie jest najlepiej, dlatego tak ważna jest profilaktyka i badania pozwalające na możliwie najszybsze wykrycie zmian. Nie jest to problem Polaków, obserwujemy to również w doniesieniach i z innych regionów świata.

• **Jak wygląda profilaktyka w przypadku słuchu?**

– Nie chodzi tu o nakazy i zakazy, bo raczej trudno sobie wyobrazić, że dzieci podczas przerwy będą cicho, ale można

zapropionować różne formy zabawy i sportu, tak aby uczniowie nie musieli odreagowywać krzykiem. Nie mówiąc już o tym, że powinno się budować szersze korytarze, bo w większej przestrzeni dźwięk się inaczej rozchodzi. Planując obiekty publiczne musimy uwzględniać aspekt akustyki pomieszczeń. Ważne jest także zwrócenie uwagi na odtwarzacze muzyki, szczególnie te ze słuchawkami, bo one zamykają uszy i odcinają dźwięki tła, a przecież wiele osób ich używa, i to przez wiele godzin dziennie. Rodzicom często się wydaje, że w ten sposób dziecko się relaksuje, a to nieprawda, bo ten sposób słuchania, zwłaszcza muzyki techno męczy słuch, co powoduje późniejsze problemy. Proszę dobrze zrozumieć – nie chodzi o zakazywanie używania słuchawek, ale o to, by ograniczyć ich stosowanie. Kolejnym krokiem jest ograniczanie tego hałasu, na który mamy wpływ – niesłuchanie za głośno muzyki czy telewizora itp. Eliminowanie z naszego najbliższego otoczenia wielu urządzeń, które są źródłem hałasu.

Wiele osób ignoruje objawy osłabienia słuchu, bo to nie boli, zapominając, że żyjemy w społeczeństwie opartym na wiedzy, a żeby tę wiedzę zdobyć, trzeba słyszeć i rozumieć, co się słyszy. Nigdy dotąd tak wiele nie zależało od naszej umiejętności komunikowania się, co oznacza, że narząd słuchu, wzroku i mowy nabrały bardzo dużego znaczenia, decydują o rozwoju naszego społeczeństwa.

• **A jeśli już doszło do zmian? Czy wady słuchu można skutecznie leczyć?**

– Wady mogą być wrodzone i nabyte. Te wrodzone można rozpoznać już w pierwszych godzinach życia dziecka – opracowaliśmy taki test, by można go było przeprowadzić bez konieczności współpracy ze strony pacjenta. To innowacja na skalę światową. Jeśli okaże się, że są problemy ze słuchem, od razu można podjąć leczenie. Tu mamy całą gamę możliwości – poczynając od różnych typów aparatów słuchowych, a na implantach skończywszy. Właśnie niedawno jako pierwsi w Europie wszczepiliśmy nową generację implantów szczególnie przeznaczonych dla najmniejszych, kilku- i kilkunastomiesięcznych dzieci. Niezwykle małe wymiary, krótsza operacja do ok. 35 min, dostosowanie do kształtu głowy i nowy, nazwijmy to wsad elektroniczny stwarzają szanse dla najmłodszych. Dzięki temu wszczepiając implant kilkumiesięcznym dzieciom umożliwiamy im tym samym normalny

rozwój słuchu i komunikacji językowej. Mają szansę pójść ze słyszącymi rówieśnikami nie tylko do szkoły – jak chcieliśmy dotychczas – lecz swobodnie porozumiewać się z otoczeniem już w przedszkolu. Urządzenia te są wytrzymałe na różnego typu urazy, co w przypadku dzieci jest szczególnie ważne. Najważniejsze jest, że mogą służyć takiemu dziecku przez całe życie.

Od dawna leczymy także częściową głuchotę za pomocą implantów wszczepianych do części niesłyszącego ucha wewnętrznego. Pierwszą w świecie operację u osoby dorosłej z takim słuchem przeprowadziłem w 2002 r., a pierwsze w świecie dziecko zoperowałem w 2004 r. Dotychczas w tym najdynamiczniej rozwijającym się obszarze implantologii nasze wyniki, prezentowane na najważniejszych konferencjach międzynarodowych, u dorosłych są najlepsze, a u dzieci – jedyne, jakie opublikowano. Jak więc widać możliwości jest wiele. A ciągle pracujemy nad nowymi. Tylko w tym roku wdrożymy w Kajetanach kilkanaście nowych programów dotyczących różnych aspektów słuchu, głosu, mowy i równowagi. Równolegle zespół rynchirurgiczny organizuje międzynarodowe kursy i wdraża najnowsze rozwiązania terapeutyczne z tej dziedziny.

• **Wiele placówek jednak narzeka na brak pieniędzy i woli ze strony ministerstwa nauki czy zdrowia. Jak to się dzieje, że w Kajetanach badania naukowe idą pełną parą, a placówka nie ma długów?**

– Muszę podkreślić, że warunki mamy takie same jak inni. Nikt dla nas nie ustanowił specjalnych reguł. Instytut i Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy powstały w wyniku autentycznego zapotrzebowania społecznego. Od 7 lat przeprowadzamy najwięcej w świecie operacji poprawiających słuch, to jest kilka lub kilkanaście razy więcej niż inni za granicą. Ta olbrzymia ilość pozwoliła uzyskać nadzwyczajną jakość. Z bliska, w Kajetanach obserwuje naszą pracę kilkuset naukowców zagranicznych każdego roku. Tu nie da się niczego schować, pokazywać tylko najlepsze efekty. Podczas organizowanych od 4 lat specjalnych warsztatów międzynarodowych pokazujemy na żywo w Kajetanach i za pośrednictwem Internetu do 30 skomplikowanych operacji, kilkanaście implantacji dziennie. Nikt nie dysponuje takimi danymi. To daje prestiż, pozycję w świecie, powierzanie nam organizacji ważnych kongresów.

dokończenie na str. 24

Chcemy być najlepsi

dokończenie ze str. 23

To przyciąga ogromne rzesze pacjentów, których w kolejkach do różnych zespołów Instytutu jest obecnie prawie 20 tys. Jeśli do tego dołożymy wielką pracę, pasję i świetną organizację, to nawet w tych warunkach są efekty – zarówno kliniczne, jak i naukowe. Jedne idą w parze z innymi, i to nie okazynie, ale każdego dnia w roku. To jest recepta, by były sukcesy i by dalej rozwijać się dynamicznie. Tak się też dzieje.

Teraz, na przykład, KRUS będzie współfinansować badania przesiewowe wśród 7-latków z terenów zachodniej Polski, część wschodnią badaliśmy w 2008 r. Dzięki temu jesteśmy w stanie wykazać, jaka jest skala problemu, jakie potrzeby, że leczenie opóźnione o rok jest 4-5-krotnie droższe niż profilaktyka. To powinno być interesujące dla NFZ-u i Ministerstwa Zdrowia – właśnie przygotowujemy kompleksowy program badań przesiewowych narzędzi zmysłu z ich analizą ekonomiczną; miejmy nadzieję, że spotka się z akceptacją.

Gdybyśmy robili coś źle, to liczba powikłań byłaby nieprawdopodobna

i utonęlibyśmy w długach. Chcę mocno podkreślić: nie chodzi o to, żeby się chwalić – po prostu jesteśmy miejscem wyspecjalizowanym w leczeniu jednego rodzaju schorzeń. Ta pozycja sprawia, że jeżdżąc na najważniejsze międzynarodowe kongresy często mój zespół może pochwalić się – jesteśmy jedyni lub najlepsi w określonych sposobach leczenia. Tak jest chociażby w przypadku leczenia częściowej głuchoty. Nie chodzi mi o to, że chcemy być jedyni, ale na pewno chcemy być najlepsi, co chyba zrozumiałe. To też przekłada się na finanse, bo udział w międzynarodowych badaniach oznacza możliwość pozyskania dodatkowych środków. Ciągłe bierzemy aktywny udział w wynalazczości. Co roku zdobywamy nagrody i medale na Międzynarodowych Targach Wynalazczości i Postępu Technologicznego w Paryżu, Brukseli, Genewie, Norymberdze – to także prestiż i nowe możliwości.

Tworzymy warunki i podstawy do pozyskania pacjentów z innych krajów. Chcę podkreślić, że NFZ kontraktuje u nas usługi na takich samych zasadach jak i z innymi. Możemy wykonywać ich więcej niż obecny kontrakt, więc nie jest lekko. Ale nie mogę się przyłączyć do chóru tych, co ciągle narzekają. Myślę, że w bardzo dużej mierze zależy to

od organizacji pracy całego Instytutu i poszczególnych jego jednostek. Dysponując unikalną aparaturą, którą wykorzystujemy od 8.00 do 18.00, a nierzadko zaczynamy pracę wcześniej i kończymy znacznie później. Chcemy po prostu maksymalnie wykorzystać sprzęt, którym dysponujemy, a ten jest drogi i jeśli jest używany rzadko, to nigdy się nie zwróci, ale jeśli jest wykorzystywany często, to jego zakup zwraca się szybko.

• To znaczy, że na pacjentach, w większości leczonych w Kajetanach w ramach NFZ-u, można zarobić?

– No właśnie, nie chciałbym tu używać słowa zysk, bo ono kojarzy się z tym, że leczy się pacjentów najtaniej. Posłużę się przykładem. Używamy na bloku operacyjnym najdroższych leków do znieczulenia, ale we współpracy z dobrym sprzętem zyskujemy – warunek jest tylko jeden, że wykonujemy kilkadziesiąt operacji dziennie, a nie kilka. Pacjent otrzymuje lek bardzo drogi, ale sprawny zespół operuje krótko. Koszt jest mniejszy od stosowania leków tradycyjnych, a pacjent bardzo szybko wraca do zdrowia, tym samym cała procedura jest tańsza.

rozmawiała Agnieszka Katrynicz

REKLAMA

REKLAMA

Posiedzenia Sekcji Historycznej PTL

- **9.10.br.** (piątek), godz. 11.30 – dr Andrzej Wojtyła: *Jakie zdrowie publiczne, porównanie lat 1914-1945 i dzisiaj*; główny inspektor sanitarny, Główny Inspektorat Sanitarny, ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa
- **30.10.br.** (piątek), godz. 11.30 – prof. dr hab. n. med. Józef Knap: *Służba zdrowia Korpusu Ochrony Pogranicza 1924-1939, z podkreśleniem walk Września 1939 r.*; doradca głównego inspektora sanitarnego, Główny Inspektorat Sanitarny, ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa
- **20.11.br.** (piątek), godz. 11.30 – płk prof. dr hab. n. med. Dariusz Jurkiewicz: *Historia otolaryngologii*; kierownik Kliniki Otolaryngologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, Centralny Szpital Kliniczny MON, ul. Szaserów 128, 00-900 Warszawa

Posiedzenia odbywają się w Klubie Lekarza Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przy ul. Raszyńskiej 54 (niedaleko Pomnika Lotnika). Zaproszeni goście są mile widziani.

lek. Jan Bohdan Gliński
przewodniczący Sekcji Historycznej

Wstydzą się swojej biedy

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL postanowiła ocenić sytuację materialną lekarzy i lekarzy dentystów wśród emerytów i rencistów za pomocą ankiet rozesłanych przez okręgowe izby lekarskie, a ściślej przez działające tam komisje seniorów.

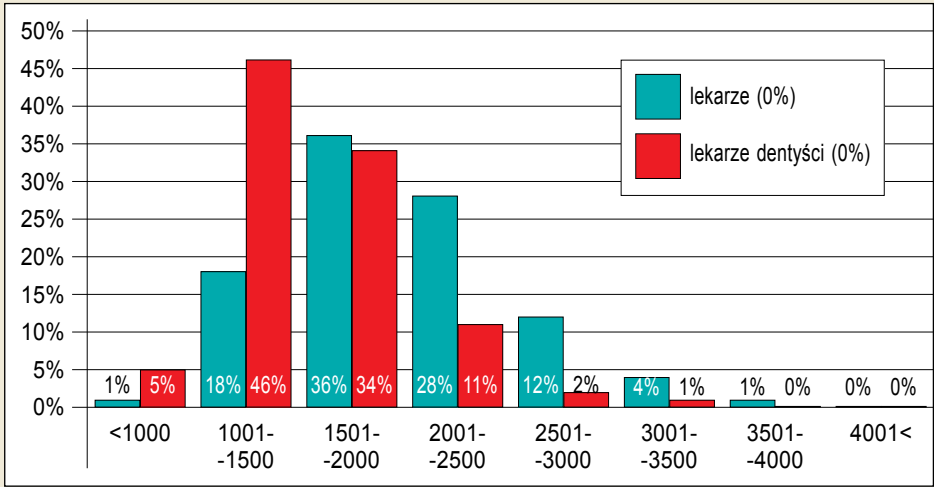
Celem ankiety było:

1. Określić średnią wysokość emerytury lub renty netto.
2. Określić sytuację materialną lekarzy emerytów i rencistów w zależności od:
 - a) sytuacji rodzinnej (samotni lub mieszkający z rodziną),
 - b) miejsca zamieszkania (wieś lub miasto),
 - c) zajmowanego stanowiska przed odejściem na emeryturę,
 - d) posiadanej specjalizacji,
 - e) stażu pracy,
 - f) wieku.
3. Określić strukturę kosztów utrzymania z uwzględnieniem miejsca zamieszkania, sytuacji rodzinnej i wieku respondentów.

Tabela 1. Liczba świadczeń emerytalnych z podziałem na wysokość emerytury

PLN netto	Lekarze		Lekarze dentyści	
<1000	25	1%	27	5%
1001-1500	305	18%	256	46%
1501-2000	610	36%	191	34%
2001-2500	472	28%	62	11%
2501-3000	203	12%	13	2%
3001-3500	61	4%	5	1%
3501-4000	11	1%	0	0%
4001<	5	0%	0	0%

Wykres 1



4. Określić wielkość wydatków na leczenie (koszt łączny wizyt lekarskich, leków, diagnostyki i rehabilitacji) w zależności od wieku, miejsca zamieszkania i sytuacji rodzinnej.

Według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy na dzień 28 lutego 2009 r. stan lekarzy przedstawiał się następująco: ogółem było 131 292 lekarzy i 36 425 lekarzy dentystów. Lekarzy emerytów było 27 543, a lekarzy dentyków emerytów 7916. Lekarzy rencistów było w sumie 6176.

Łącznie emerytów i rencistów lekarzy oraz lekarzy dentyków było 41 637, co stanowi ok. 25 % ogółu lekarzy!

Wśród osób, które wypełniły i nadesłały ankietę było: 1699 lekarzy, co stanowi 6 % wszystkich emerytów lekarzy oraz 559 lekarzy dentyków, co stanowi ok 7 % emerytowanych dentyków.

Akcja ankietowa trwała blisko 2 lata. Nadesłano 2334 ankiet, z których do opracowania statystycznego wykorzystano 2258 ankiet, chociaż niewielka część z nich nie posiadała kompletu odpowiedzi.

Ankiet nie nadesłały izby lekarskie z Krakowa, Częstochowy, Gorzowa Wielkopolskiego i Zielonej Góry. Najwięcej danych zgromadziła dr Maria Jakubowska z Lublina; blisko 26 % ankiet,

których opracowanie statystyczne stało się podstawą naszej pracy.

W porównaniu z opracowaniem pod redakcją prof. Andrzeja Danysza z 2000 r. zgromadziliśmy trzykrotnie więcej ankiet. Przedmiotem analizy była głównie sytuacja materialna wśród lekarzy i lekarzy dentyków emerytów lub rencistów. Około 30 % ankiet zawierało dodatkowo komentarze i postulaty dotyczące własnej sytuacji materialnej, a także pod adresem samorządu lekarskiego.

Opracowaniem ankiet zajął się zespół w składzie: Barbara Ostrowska-Belter, Jerzy Graczyński, Ryszard Grabowski, Roman Hajzik i Zdzisław Bednarek.

Pod względem statystycznym i graficznym ankiety zostały opracowane przez informatyka NIL mgr Annę Pogorzelską.

Omówienie wyników ankiety

Wyniki liczbowe z ankiet zostały przedstawione w opracowaniu tabelarycznym i graficznym.

Średnia emerytura wśród lekarzy wynosiła 2022 zł netto, a wśród lekarzy dentyków 1513 zł netto. Należy przypuszczać, że lekarze dentyści mieli niższe uposażenie, ponadto nie dyżurowali i nie mieli wiele prac dodatkowych, co w efekcie końcowym dało niższą emeryturę. Około 20 % ankiet wypełnili lekarze będący kiedyś ordynatorami, profesorami, adiunktami, dyrektorami, stąd wyższa przeciętna emerytura, na którą składają się zarobki z etatu, dyżurów i prac dodatkowych. W sumie 45 % respondentów otrzymywało emerytury ponad 2000 zł.

Sytuacja 19 % emerytów lekarzy i aż 51 % lekarzy dentyków jest bardzo trudna, gdyż otrzymują oni kwoty poniżej 1500 zł netto (tabela 1 + wykres).

Na uwagę zasługuje fakt, że ok. 1 % lekarzy i 5 % lekarzy dentyków otrzymuje emerytury głodowe – poniżej 1000 zł netto.

Najniższa emerytura wśród lekarzy to 815 zł, a wśród lekarzy dentyków

690 zł. Najniższą rentę otrzymywał lekarz dentyś z 14-letnim stażem – tylko 444 zł!

Osoby samotne, które stanowią aż 37 % wśród ankietowanych, znajdują się na granicy prawdziwej biedy! Po zapłaceniu czynszu i należności za media oraz opłaceniu kosztów leczenia często pozostaje im na życie mniej niż 600 zł.

Z analizy ankiet wynika, że stałe koszty utrzymania wynoszą miesięcznie średnio ok. 1000-1250 zł. Na leczenie emeryci wydają przeciętnie ok. 250-350 zł (koszt leków i wizyt lekarskich, często prywatnych).

Większość ankietowanych to osoby powyżej 75 roku życia (tabela 2 + wykres), które otrzymują emeryturę z tzw. starego portfela.

Aż 36 % emerytów lekarzy i 34 % lekarzy dentyków otrzymuje 1500-2000 zł miesięcznie. Natomiast 28 % lekarzy i 11 % lekarzy dentyków otrzymuje emeryturę w wysokości 2000-2500 zł. W miarę przyzwoite emerytury otrzymuje jedynie 17 % lekarzy i 3 % lekarzy dentyków – tj. ponad 2500 zł netto.

Tabela 4. Średnia emerytura z uwzględnieniem posiadanej specjalizacji w PLN netto

med. pracy	1951
interna	1972
chirurgia	2239
okulistyka	1833
dermatologia	1995
psychiatria	2642
med. Ogólna	1794
ginekologia	2056
pediatria	1909
Inne / bez specjalizacji	1955

Tabela 5. Średnia emerytura z uwzględnieniem lat pracy w PLN netto

	Lekarze	Lekarze dentyści
<20	1060	1243
21-30	1709	1324
31-35	1762	1505
36-40	1970	1561
41-50	2207	1700
51<	2492	1892

Średnia renta wśród lekarzy to 1238 zł, a wśród lekarzy dentyków 1016 zł.

W porównaniu z innymi grupami zawodowymi, a szczególnie w grupie ludzi wykształconych, emerytury leka-

Tabela 2. Liczba ankietowanych z podziałem na wiek

<50	16
51-60	136
61-70	776
71-80	1144
81<	262

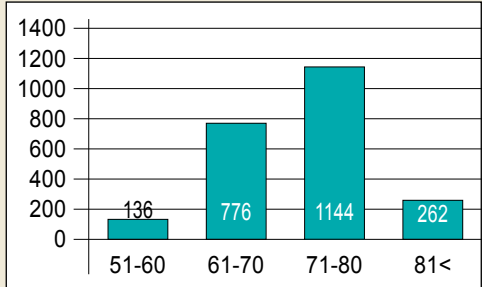
Tabela 3. Średnia emerytura wg stanowiska pracy w PLN netto

	Lekarze	Lekarze dentyści
profesor	2495	0
ordynator	2154	1699
asystent	1874	1465
pozostali	1754	1515

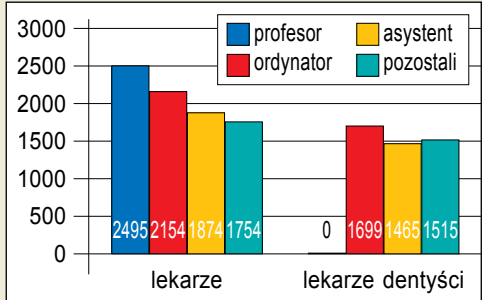
rzy i lekarzy dentyków zdecydowanie należą do najniższych!

Dlatego ci najbiedniejsi lekarze wstydzą się swojej biedy i codziennie przeżywają frustrację. Wszak wykonywanie szlachetnego zawodu wymagało od nich ogromnego poświęcenia czasu kosztem życia osobistego i rodzinnego, ciągłego dokształcania się, stałego stresu, czę-

Wykres 2

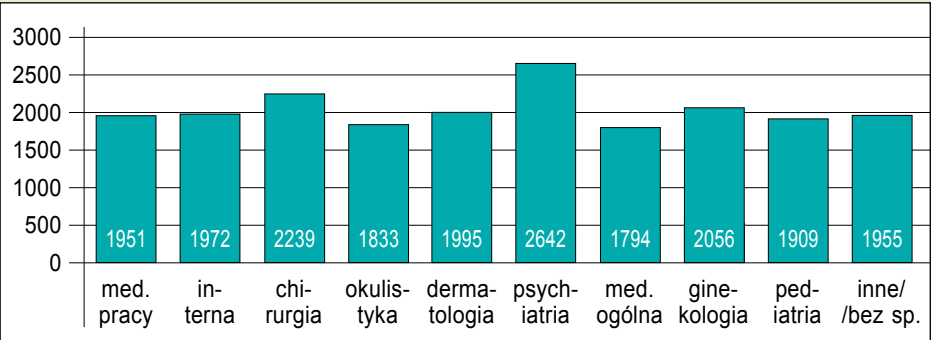


Wykres 3

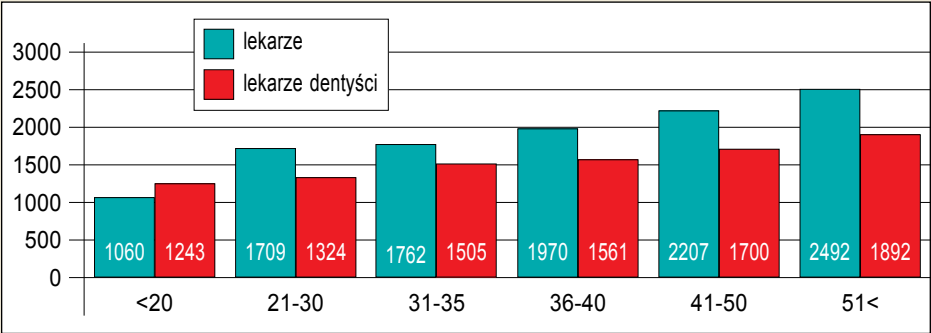


dyrektorów, ordynatorów, asystentów i lekarzy bez stanowisk – jest to średnio 740 zł netto. Także posiadanie specjalizacji wpływa na istotne różnice

Wykres 4



Wykres 5



sto nieprzespanych nocy i narażania zdrowia na czynniki środowiska pracy. Niestety, nie ma to żadnego odzwierciedlenia w wysokości emerytur.

Tabela 3 (+ wykres) przedstawia różnicę w wysokości emerytur pomiędzy stanowiskami pracy profesorów,

wanie wysokości emerytury – średnio różnica wynosi 850 zł (tabela 4 + wykres).

Długość stażu pracy wpływa na wysokość emerytury, maksymalnie o kilkaset złotych (tabela 5 + wykres).

dokończenie na str. 28

Wstydzą się swojej biedy

dokończenie ze str. 27

Spośród ankietowanych tylko 5 % mieszka na wsi, gdzie koszty utrzymania są porównywalne z miejskimi.

Kobiety mają niższe emerytury, co wynika z faktu, że miały mniejsze możliwości podejmowania dodatkowej pracy, rodziły i wychowywały dzieci, mniej dyżurowały, a co istotne otrzymywały też mniejsze pensje. Ponadto kobiety wcześniej przechodziły na emeryturę.

Świadczenia emerytalne lub rentowe są jedynym źródłem utrzymania dla ponad 65 % ankietowanych lekarzy. Ponad 30 % ankietowanych pracuje nadal zawodowo, m.in. z przymusu ekonomicznego, chcąc dorobić do skromnej emerytury.

W porównaniu z wynikami ankiet opracowanych przez zespół pod redakcją prof. Andrzeja Dąbca w 2000 r. sytuacja materialna lekarzy i lekarzy dentystów nie uległa istotnej poprawie. Nadal ponad 20 % lekarzy i aż 56 % emerytów dentystów dramatycznie wiąże koniec z końcem i nie stać ich na przyzwoite odżywianie i ubieranie, nie mówiąc o wydatkach na kulturę i wczasy czy wycieczki zagraniczne.

Skargi i postulaty zawarte w ankietach

1. Częste uzalanie się na zły stan zdrowia emerytów, będący najczęściej skutkiem długoletniej i kilkunastogodzinnej w ciągu doby pracy zawodowej w warunkach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia.
2. Skargi na niskie świadczenia emerytalne, często na granicy biedy, nie uwzględniające kwalifikacji, długoletniego stażu pracy i narażenia na wyczerpującą pracę w stresie.
3. Żądanie zniesienia tzw. starego portfela i częstszej waloryzacji świadczeń emerytalnych.
4. Domaganie się przyjęć w poradniach i do szpitala bez kolejki. Lekarza seniora upokarza czekanie w kolejce na przyjęcie przez lekarza POZ czy wielomiesięczne oczekiwanie konsultacji u specjalisty, tym bardziej że prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością mają: honorowi dawcy krwi, zasłużeni dawcy przeszczepów, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombataneci.
5. Respondenci pytają – dlaczego nadal przywileje mają górnicy, hutnicy,

kolejarze, energetycy, pracownicy telekomunikacji, nauczyciele, sędziowie itd. i dlaczego samorząd lekarski nie walczy o przywileje dla lekarzy, a szczególnie emerytów i rencistów.

6. W ocenie respondentów Naczelna Rada Lekarska zrobiła dla nich niewiele. Nie udało się zrealizować m.in. najczęstszego postulatu, żeby emeryt mógł dla siebie i najbliższych wypisywać skierowanie na bezpłatne wykonywanie podstawowych badań laboratoryjnych czy skierowanie do specjalisty, chociaż jeden raz w roku.
7. Ankietowani postulują do samorządu lekarskiego o otoczenie troskliwą opieką emerytów samotnych, będących w złej sytuacji materialnej i zdrowotnej. Ich zdaniem powinno przeznaczyć się więcej pieniędzy na zapomogi, dopłatę do leków i do rehabilitacji.
8. Postuluje się budowę domów lekarza seniora.
9. Emeryci proszą o wywarcie wpływu na Sejm i Rząd w sprawie zmian przepisów emerytalnych. Oczekują, że samorząd lekarski ułatwi im dostęp do sanatoriów i tanich wczasów.
10. Wielu emerytów, szczególnie samotnych, oczekuje zaproszeń na sympozja naukowe, bezpłatne imprezy kulturalne oraz częste spotkania integrujące środowisko.
11. Respondenci sygnalizują, że stosunek młodych lekarzy niekiedy daleki jest od oczekiwań szacunku i życzliwości. W wielu ankietach respondenci dziękują za zainteresowanie nimi i ich sytuacją materialną oraz mają nadzieję, że Naczelna Rada Lekarska przekaze dane z ankiet do Ministerstwa Zdrowia oraz upubliczni w mediach ich trudną sytuację. Ankietowani dziękują działającym komisjom ds. lekarzy emerytów i rencistów za organizowanie dla nich spotkań z okazji świąt, urządzanie spotkań towarzyskich o charakterze kulturalno-rozrywkowym oraz naukowym, organizowanie tanich wycieczek krajowych i zagranicznych z częściową dopłatą przez izby lekarskie.

Wnioski końcowe

1. Samorząd lekarski za jeden z priorytetów swojej działalności powinien uznać ścisłą współpracę z lekarzami emerytami i rencistami w zakresie:

- a) otoczenia ich opieką, szczególnie znajdujących się w bardzo trudnej sytuacji materialnej, samotnych i schorowanych,
 - b) zapewnienia udziału w komisjach i władzach samorządowych, gdzie będą mogli realizować swoje społeczne posłannictwo,
 - c) pomocy w przygotowaniu różnych form integracji środowiska emeryckiego, np. spotkań o charakterze kulturalnorozrywkowym, imprez plenerowych, wycieczek, imprez jubileuszowych itp.,
 - d) zapraszania na sympozja naukowe i udostępniania aktualnego stanu wiedzy medycznej.
2. Samorząd lekarski powinien walczyć o wszelkie ułatwienia dla lekarzy emerytów i rencistów w zakresie porad specjalistycznych, badań diagnostycznych i wszelkich form rehabilitacji.
 3. Samorząd lekarski winien upominać się o poprawę sytuacji materialnej szczególnie biednych emerytów i rencistów, którzy znajdują się na granicy minimum biologicznej egzystencji. W czasie strajków i protestów lekarzy walczących o przyzwoite wynagrodzenia lekarze emeryci zdecydowanie wsparli ich duchowo i materialnie, podkreślając, że lekarz powinien zasługiwać na dobrą zapłatę za swoją pracę, a w przyszłości na godziwą emeryturę.
 4. Naszym zdaniem władze samorządowe w swoich zadaniach nie mogą traktować 25 % lekarzy, czyli emerytów i rencistów, jako balastu, z którym nie wiadomo co począć i dla których nie ma czasu i pieniędzy. Środowisko emerytów i rencistów nie doświadcza ze strony samorządu lekarskiego szacunku i efektywnej opiekuńczości. Biedni emeryci działający społecznie nie powinni do tej działalności dokładać ze swoich skromnych emerytur. Samorząd lekarski powinien stworzyć realny program dla emerytów lekarzy i lekarzy dentystów o charakterze opiekuńczym i stwarzającym warunki integracji oraz możliwości działania o charakterze poznawczym, kulturalnym, patriotycznym i prozdrowotnym.

opr. **Zdzisław Bednarek**
przewodniczący Komisji
ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL

REKLAMA

REKLAMA

Medici Pro Musica we Włoszech

Jezioro Garda we Włoszech to jedno z najpiękniejszych śródziemnomorskich jezior alpejskich. Kryształowo czysta, lazurowa woda, w otoczeniu wyniosłych szczytów, egzotyczne, strzeliste cyprysy znaczące górskie ścieżki, malownicze zameczki wyłaniające się zza skał...

Nic dziwnego, że to właśnie ta romantyczna sceneria stała się miejscem Międzynarodowego Festiwalu Chórów i Orkiestr we Włoszech, Lago di Garda Music Festival. Tu muzyka i śpiew brzmią jeszcze pięknie.

Najpierw marzyliśmy, aby znaleźć się w gronie 40 zespołów zakwalifikowanych do udziału w festiwalu, potem stało się to możliwe dzięki patronatowi Naczelnej Izby Lekarskiej oraz wsparciu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Festiwal, organizowany dwa razy w roku, w kwietniu i październiku, odbył się dopiero po raz trzeci, a już jego popularność sprawiła, że uczestnictwo trzeba zgłaszać z ponad rocznym wyprzedzeniem. I tak 6 kwietnia na scenie pięknego Casino Municipale w Arco, przed przychylną i żywo reagującą publicznością, zaprezentowaliśmy swój program.

Opracowywaliśmy repertuar, który nie tylko pozwolił oddać nasze możliwości wokalne, ale także piękno polskiej muzyki chóralnej. Nasz występ obejmował część sacrum, zawierającą poważne, religijne pieśni, wśród nich *Gaude Mater Polonia* i *Kryste, dniu naszej światłości* oraz część profanum, w której wykonaliśmy pieśni lżejsze, jak choćby madrygał *Kędykolwiek teraz jesteś* czy znany standard *When I fall in love*. Widzom wyraźnie spodobało się także nasze wykonanie kurpiowskiej pieśni Karola Szymanowskiego *Hej wólki moje*.

Wśród uczestników festiwalu było kilka innych polskich chórów, które cieszyły się uznaniem publiczności, i których występów także my z przyjemnością wysłuchaliśmy.

Podobał się chór Akademii Ekonomicznej z Katowic, którego żeńska część dodawała miłą dla oka wizję do przyjemnej dla ucha fonii. Z zagranicznych chórów z żywiołową reakcją publiczności spotkał się także niemiecki zespół „Rondo Vocale”, który doskonale wykonanie swego repertuaru okraślił, chwilami frywolnym, ruchem scenicznym.

Ale nie samą muzyką żyje człowiek. Organizatorzy festiwalu zadbali o to, byśmy nie uronili nic z piękna okolicy. Zaczęliśmy więc od Torbole, miasteczka, gdzie mieszkaliśmy przez tych kilka kwietniowych dni. Choć leży na północy Włoch, zastaliśmy tu gorące słońce, egzotyczne rośliny, palmy i cyprysy, każda uliczka i każdy zakątek przywodziły na myśl śródziemnomorskie klimaty. Piękna pieśń Moniuszki *Znasz li ten kraj*, do słów zakochanego we włoskim krajobrazie Goethego, w tłumaczeniu naszego wieszczki Adama Mickiewicza, nabrała tu szczególnego wyrazu.

Równie wiele wrażeń wynieśliśmy z podróży po alpejskich Dolomitach, gdzie podziwialiśmy wystawiony na sprzedaż malowniczo zawieszony na skale zamek w Tenno, średniowieczną osadę Villa di Canale, natchnienie włoskich artystów, i szmaragdowe jezioro Lago di Tenno. W murach zdawałoby się niezamieszkałej osady zrobiliśmy próbę i po zaśpiewaniu kilku utworów zostaliśmy obdarowani przez jednego z jej cichych mieszkańców butelką dobrego wina.

Wrażeniom z Wenecji i Werony, do których także mieliśmy szczęście zawitać, można by poświęcić oddzielny artykuł, tak bardzo nas urzekły. Ci, którzy zawitali tu

po raz pierwszy, z zachwytem przemierzali weneckie uliczki i place, słuchając opowieści naszej urodziwej przewodniczki, rodowitej weneckanki, mówiącej po polsku z uroczym włoskim akcentem. Obładowani weneckimi maskami, wisiorkami z weneckiego szkła i objedzeni specjałami włoskiej kuchni podążyliśmy do Werony, miasta sławnych kochanków, na tętniące życiem ulice i deptaki. Tu obowiązkowym punktem programu stał się oczywiście dom Julii Capuletti i słynny balkon, pod którym Romeo śpiewał swe miłosne serenady. Choć nasi chórzysci nie kwapili się do miłosnych wyznań, to męska część zespołu, zgodnie ze zwyczajem, chętnie pocierała „na szczęście” zimną pierś Julii zerkającej z posagu na tłumnie nacierających turystów.

Jednak pobyt we Włoszech, także po zakończeniu festiwalu, był wyraźnie naznaczony muzyką. Nasz dyrygent nie mógł odmówić sobie przyjemności rozszerzenia naszych horyzontów, dzięki czemu poznaliśmy Wenecję także jako miasto Claudia Monteverdiego i Antonia Vivaldiego, a w Weronie sprawdzaliśmy akustykę znanej dziś między innymi z operowych spektakli starożytnej Areny. W drodze powrotnej natomiast, przejeżdżając przez Austrię, zajęchaliśmy do Salzburga, gdzie złożyliśmy hołd mistrzowi Amadeuszowi Mozartowi, śpiewając (ku uciesze japońskich turystów) pod pomnikiem mistrza jego dzieło, *Ave Verum Corpus*.

Na koniec muszę dodać słowo o dwóch, rzekłabym obyczajowych, zdarzeniach, które nadały smaczku i podniosły napięcie naszej podróży. Pierwsze, to pozostawienie przez jednego z naszych chórzystów w dniu wyjazdu swojego eleganckiego garnituru na dworcu w Olsztynie. Przez cały pobyt zastanawialiśmy się, czy znajdzie się we Włoszech wystarczająco wysoki kelner, od którego można by pożyczyć marynarkę na koncert, i czy jakiś stały mieszkaniak olsztyńskiego dworca nie będzie przez kilka dni nazbyt elegancko odziany. Drugie, to niepewność, czy oczekujący drugiego dziecka nasz ukochany dyrygent zdąży wrócić do żony przed „godziną zero”. I pierwsza, i druga sprawa zakończyły się szczęśliwie. Garnitur miał swego „uczciwego znalazcę”, a córeczka dyrygenta zaczęła na powrót taty.

Małgorzata Sławińska
Medici Pro Musica



Potrzeba nauczania

Paweł Grabowski, Małgorzata Rosalska

W poprzedniej części („Kompetencje miękkie”, „GL” nr 8-9/2009, str. 35) wyjaśnialiśmy pojęcia kompetencji miękkich i twardych.

Łatwo jest teoretycznie uzasadnić potrzebę rozwijania kompetencji miękkich. Próba zaproponowania praktycznych rozwiązań stwarza jednak pewne trudności.¹ Często sami lekarze nie widzą potrzeby kształcenia w tym zakresie i zdobywania takich umiejętności.

Praktyczne rozwijanie zasobów w obszarze kompetencji miękkich nie jest zadaniem łatwym. Wiedzę i umiejętności „twarde” można przekazać w formie wykładów. W przypadku kompetencji miękkich bardziej niż rozległa wiedza teoretyczna przydatne będą przećwiczone i otoczone refleksją umiejętności.

W oparciu o definicję profesjonalizmu można zakładać, że kompetencje miękkie są z definicji potrzebne, ale dla celów ewaluacji programu niezbędne będzie, aby lekarze sami ocenili swoje deficyty i potrzeby. Analiza potrzeb szkoleniowych jest konieczna do rzetelnego opracowania programu edukacyjnego.²

Założenia dotyczące programu szkoleń podyplomowych dla lekarzy

U podstaw proponowanego programu leży założenie, że oprócz kompetencji twardych, specjalistycznych, także kompetencje miękkie warunkują efektywne działania lekarza. Zakłada się też, że wiedza i umiejętności w zakresie kompetencji miękkich, tak samo jak kompetencje twarde, wymagają ciągłego doskonalenia.³ Projektując kształcenie podyplomowe dla lekarzy należy pamiętać, że oferta ta adresowana jest do osób, które poza wiedzą zdobytą na uczelni mają także doświadczenie zawodowe. Szkolenia muszą zatem uwzględniać specyfikę uczenia się osób dorosłych. Według Dawida Kolba kształcenia dorosłych nie zaczyna się od przekazywania

wiedzy.⁴ Nowe treści muszą być zakotwiczone w doświadczeniach uczestników, proces edukacyjny zaczyna się od odwołania do tego, co już wiedzą i co umieją. Te doświadczenia poddaje się analizie i uogólnieniom, nazywa się napotykanymi problemami. W kolejnym etapie odnosi się omawiane problemy do teorii, tworzy się własną wiedzę. Kończącą fazą są próby stosowania nowej wiedzy w praktyce. Szkolenia mają na celu nie tylko dostarczenie nowej wiedzy, ale stworzenie bezpiecznych warunków do analizy czynników warunkujących dotychczasowe sukcesy i porażki w pracy. Uczestnicy programów muszą być przekonani, że ta niemedycezna wiedza będzie przydatna w ich praktyce zawodowej.

Kolejne założenie dotyczy potrzeby myślenia systemowego. Instytucje ochrony zdrowia coraz bardziej stają się organizacjami uczącymi się. Wzmacnianie kompetencji zawodowych lekarzy powinno uwzględniać elementy typowe dla takiej organizacji. Są to: mistrzostwo osobiste, modele myślowe, wspólna wizja, zespołowe uczenie się oraz myślenie systemowe.⁵ Wyzwaniem dla projektowania kształcenia dla lekarzy jest ich funkcjonowanie w sytuacji zmiany. Zarządzanie zmianą staje się jedną z ważniejszych kompetencji. Lekarz w Polsce pracuje w warunkach ciągle zmieniających się przepisów, w najczęściej wciąż jeszcze silnie zhierarchizowanej organizacji. Jednocześnie w czasach coraz lepszego dostępu do Internetu ma on coraz lepiej wyedukowanych pacjentów, domagających się uzasadnienia podejmowanych przez lekarza decyzji. Zmienia się także zespół – młodzi koledzy urodzeni w połowie lat osiemdziesiątych różnią się od lekarzy pięćdziesięciolatków.⁶ Tak zwane pokolenie Y to osoby chętne do pracy, pewne siebie, szanujące i chroniące swój wolny czas, asertyw-

ne.⁷ Kierowanie tak zróżnicowanym zespołem wymaga rzetelnej wiedzy i umiejętności społecznych.⁸

Szkolenia – podstawowa forma kształcenia podyplomowego

Mając na uwadze powyższe założenia jako podstawową formę kształcenia podyplomowego autorzy proponują szkolenia, które są „bezpieczną” i efektywną formą wyrównywania braków kompetencyjnych i szansą na zdobycie wiedzy i nowych umiejętności. Szkolenia to forma typowa dla edukacji dorosłych i dobrze sprawdzająca się w sytuacji zawodowej lekarzy (krótkie, ukierunkowane na problem formy kształcenia).⁹ W zakresie rozwijania zasobów indywidualnych w takich obszarach jak empatia, asertywność, radzenie sobie ze stresem, uczestnikom należy zaproponować wzięcie udziału w treningach interpersonalnych. W tych przypadkach liczy się bowiem nie tylko wiedza, ale i doświadczenie. W trakcie treningu lekarze mogą przećwiczyć umiejętności w bezpiecznych warunkach, poznać własne zasoby, dostać informacje zwrotne, uzupełnić braki.

Celowe będzie zastosowanie układu modułowego, który umożliwi uczestnikowi projektowanie własnej ścieżki edukacyjnej. Warto rozważyć zróżnicowane poziomy kształcenia, inne dla początkujących lekarzy, inne dla osób z dłuższym stażem pracy. Szczegóły proponowanego programu edukacyjnego przedstawimy w następnym artykule.

¹Horton R.: *Medicine: The prosperity of virtue*, „The Lancet” 12, 6, 2005, s. 1985-87.

²Boydell T., Leary M.: *Identyfikacja potrzeb szkoleniowych*, Kraków 2001.

³Cresson E., Flynn P. (red.): *Biała Księga. Kształcenie i Doskonalenie. Nauczanie i Uczenie się – na drodze do uczącego się społeczeństwa*, Warszawa 1997.

⁴Laguna M.: *Szkolenia*, Gdańsk 2004, s. 39.

⁵Senge P.: *Piąta dyscyplina*, Warszawa 1998.

⁶Ephgrave K., Stansfield R.B. et al.: *The resident view of professionalism behavior frequency in outstanding and “not outstanding” faculty*. „The American Journal of Surgery”, 2006, 191, s. 701-6.

⁷Smith L.G.: *Medical professionalism and the generation gap*. „American Journal of Medicine”, 2005, 118, 4, s. 439-42. (Tu pokolenie to nazywane jest „pokoleniem millennium”.)

⁸Chervenak F.A., McCullough L.B.: *The moral foundation of medical leadership: The professional virtues of the physician as fiduciary of the patient*. „American Journal of Obstetrics and Gynecology”, 2001, 4, s. 875-80.

⁹Fijałkowska A., Tolwińska-Królikowska E.: *Szkolenie jako projekt edukacyjny* [w:] *Poradnik edukatora*, (red.) M. Owczar, Warszawa 2005.

Zawsze jest jeszcze adopcja

Z Maciejem Barcentewiczem prezesem Fundacji Instytutu Leczenia Niepłodności Małżeńskiej im. Jana Pawła II w Lublinie rozmawia Anna Augustowska

• Czym jest Technologia Naturalnej Prokreacji czyli NaProTechnology?

– To nowoczesna i kompleksowa metoda postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w zakresie ginekologii i położnictwa, oparta na osiągnięciach współczesnej medycyny i wiedzy dotyczącej zdrowia kobiet. Została opracowana przez zespół Instytutu Badań nad Ludzką Rozrodczością im. Pawła VI w Omaha (Nebraska, USA). Dyrektorem i założycielem instytutu jest Thomas W. Hilgers, profesor ginekologii i położnictwa w Creighton University School of Medicine w Omaha. Metoda ta jest skuteczna w konkretnych problemach, np. w niepłodności, nawykowych poronieniach, zespole napięcia przedmiesiączkowego, depresjach poporodowych, nawracających torbielach jajnikowych i wielu innych. Celem leczenia w niepłodności jest poczęcie i urodzenie dziecka, czego oczekujemy przez okres ok. 12 maksymalnie do 48 miesięcy. Metoda ta wyklucza możliwość stosowania technik wspomaganego sztucznie rozrodu.

• Czym w takim razie naprotechnologia różni się od stosowanych obecnie metod leczenia bezpłodności, nie myślę tu o in vitro?

– Podstawą jest obserwacja fizjologii cyklu miesięcznego kobiety. Umożliwia to opracowany w latach siedemdziesiątych XX w. na Uniwersytecie Creightona, Creighton Model FertilityCare™ System (CrMS). Oparty na metodzie owulacyjnej Billingsów, polega na standaryzowanej obserwacji biomarkerów. Ich umiejętne rozpoznanie pozwala parze na używanie tego systemu do uzyskania lub do uniknięcia poczęcia. Jeżeli występują zaburzenia zdrowia ginekologicznego, to obserwowane zmiany w biomarkerach informują o tym kobietę.

Wtedy do leczenia wprowadzane są procedury związane z zabiegami chirurgicznymi takimi jak HSG, histeroskopia, laparoscopia, laparotomia. Po postawieniu rozpoznania przyczyny niepłodności podaje się leczenie farmakologiczne i hormonalne. Wykorzystuje się też nowoczesne techniki laserowe, waporyzację laserową ognisk endometriozy, chirurgię rekonstrukcyjną jajowodów, techniki chirurgiczne w leczeniu PCOS, specyficzne postępowanie przeciwzrostowe. Słowem naprotechnologia wykorzystuje zdobycze wiedzy ginekologicznej, endokrynologicznej oraz zabiegi operacyjne dotychczas znane, a niekiedy nawet zarzucone przez ginekologów.



• W jakiej sytuacji naprotechnologia ma największe szanse na pomoc pacjentom?

– Posłużę się badaniami Instytutu Papieża Pawła VI z roku 2004 opublikowanymi w „The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology” (Thomas W. Hilgers, 2004) oraz najnowszą pracą, z wrześniowego (2008) numeru „Journal of the American Board of Family Medicine”: *Outcomes From Treatment of Infertility With Natural Procreative Technology in an Irish General Practice* (Joseph B. Stanford, MD, MSPH, Tracey A. Parnell, MD, Phil C. Boyle, MB). Wskaźnik ciąży po leczeniu z powodu niepłodności NaProTechnology: po ok. 12 miesiącach leczenia – uzyskano 44 % ciąży, po 24 miesiącach – 62 % ciąży, po 48 miesiącach od rozpoczęcia leczenia aż 71 % ciąży. Podobne wyniki osiąga się, kiedy przyczyną niepłodności była endometrioza: 45 % w 12 miesięcy; 65 % w 24 miesiące i 78 % w 36 miesięcy.

• Są jednak pary, którym naprotechnologia nie pomoże...

– NaProTechnology zakłada zupełnie odmienne podejście filozoficzne do leczenia pacjentów z niepłodnością. Widzi dziecko jako dar, w przeciwieństwie do uznawania prawa do dziecka, tak jak stwierdza to instrukcja *Donum Vitae* prawdziwe i właściwe prawo do dziecka sprzeciwiałoby się jego godności i naturze. Dziecko nie jest jakąś rzeczą, która należałaby się małżonkom i nie może być uważane za przedmiot posiadania. Jest raczej darem, i to „największym”, żywym świadectwem wzajemnego oddania się jego rodziców... Jeżeli nie uzyskuje się powodzenia NaProTechnology doradza adopcję.

Więcej w Internecie: naprotechnology.pl

Na ratunek Głównej Bibliotece Lekarskiej!

Zygmunt Wiśniewski

Biblioteka lekarska Stanisława Konopki powstawała dwukrotnie.

Po raz pierwszy jako księgozbiór Centrum Wyszukolenia Sanitarnego lekarzy wojskowych na warszawskim Ujazdowie. Po raz drugi – otrzepując książki z popiołów – tworzył ją na nowo jej twórca w 1945 r. na gruzach spalonej Warszawy. Zginęła jako biblioteka Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Odradzała się jako Główna Biblioteka Lekarska (GBL). Zawsze związana z postacią lekarza wojskowego, Stanisława Konopki. Dziś nosząca jego imię.

Obecnie GBL ma dwie lokalizacje: przy ul. Chocimskiej 22, gdzie w starej kamienicy, w ogromnym zagęszczeniu

znajdują się zbiory współczesne oraz na Ujazdowie, przy ul. Jazdów 6, w swym historycznym miejscu, gdzie zgromadzono wszystko, co najcenniejsze: starodruki, wydawnictwa historyczne i traktujące o historii, fotografie oraz pamiątki muzealne.

Nad tym pawilonem na Ujazdowie czuwał dotąd duch dr. Stanisława Konopki. Ostatnio coś się zmienia. Ktoś chce wyeksmitować Stanisława Konopkę z miejsca, które stworzył na chwałę polskiej książki medycznej.

*

W okresie międzywojennym biblioteka zmieniała nazwę wraz ze zmianą nazwy szkoły, której służyła. W 1936 r., ostatnim przed wybuchem wojny uchwyconym w statystyce, biblioteka Centrum Wyszukolenia Sanitarnego liczyła 66 701 tomów. W 1934 r. z wypożyczalni skorzystało blisko 11 tys. osób, a do czytelni wydano ok. 20 tys. tomów. W ostatnich przedwojennych latach odnotowano ponad 6 tys. czytelników rocznie, którzy korzystali z wypożyczonych książek w czytelni.

Biblioteka przeszła w 1944 r., w dniach Powstania Warszawskiego, dramat związany z zagładą całego Szpitala Ujazdowskiego. Komendant pobliskiej placówki niemieckiej policji kpt. Meyer wydał płk. Teofilowi Kucharskiemu rozkaz ewakuacji szpitala i polecił podległym sobie funkcjonariuszom spalić obiekty szpitala.

Stanisław Konopka odnotował we wspomnieniu napisanym z okazji 20-lecia powstania Głównej Biblioteki Lekarskiej, że 8 czerwca 1945 r. otrzymał w darze kilka książek, które stały się zaczynem jej księgozbioru.

W gruzach Warszawy pułkownik doktor wyszukiwał polskie książki i czasopisma. W zburzonym gmachu dawnej Biblioteki Krasieńskich przy ul. Okólnik znalazł w piwnicach księgozbiór przedwojennego ministerstwa opieki społecznej, które kierowało polską służbą zdrowia. Przypadkowym znaleziskiem był zbiór książek lekarskich niewiadomego właściciela znaleziony w pomieszczeniach Urzędu Śledczego przy ul. Wilczej. Odkryciem bezcennym okazała się uratowana biblioteka Polskiego Towarzystwa Higienicznego przy ul. Karowej, w gmachu, który w czasie powstania był zajmowany przez Niemców i ocalał z pożogi Warszawy.

Główną Bibliotekę Lekarską zorganizowaliśmy – wspomina Stanisław Konopka – w jednej sali parterowego gmachu Państwowego Zakładu Higieny. W tej samej sali pracował Wydział Naukowo-Wydawniczy ministerstwa zdrowia, Lekarski Instytut Wydawniczy oraz mieściła się biblioteka Zakładu Higieny. Do tego pomieszczenia zwożono wszystkie znalezione książki i czasopisma. Góra książek, mająca blisko 12 m² powierzchni szybko dosięgła sufitu, resztę zbiorów zaczęliśmy składać wzdłuż ścian parterowych korytarzy gmachu.

Takie były początki. Konopkę widywano wtedy z plecakiem pamiętającym czasy wojny wśród pierwszych powojennych warszawskich bukinistów, którzy rozkładali swoje zbiory na ul. Poznańskiej, gdzie samoistnie powstał bazar. Wiele podręczników medycznych i historycznych książek lekarskich nabył wtedy bezpośrednio od sprzedawców bazarowych.

W lipcu 1945 r. wpisano do inwentarza biblioteki 395 książek polskich w 429 tomach, 84 książki obce i 44 tytuły czasopism. W grudniu



mjr Stanisław Konopka (zdjęcie z lat trzydziestych, arch.)

1945 r. – zanotował Konopka – GBL zgromadziła 57 000 tomów książek i czasopism.

Odtwarzanie zbiorów biblioteki Centrum Wyszukolenia Sanitarnego pod szyldem Głównej Biblioteki Lekarskiej odbywało się poza obiektami dawnego Szpitala Ujazdowskiego, który Niemcy doszczętnie spalili. GBL korzystała początkowo sublokatorsko z pomieszczeń Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Chocimskiej, a później otrzymała przydział w sąsiadującej kamienicy. Mieści się tam po dziś dzień.

Na Ujazdów wróciły zbiory specjalne GBL, starodruki i wydawnictwa historyczne, zbiory fotografii oraz pamiątki po lekarzach. Mieszczą się w jednym z dwóch odbudowanych pawilonów Szpitala Ujazdowskiego. Z zacisznej czytelni korzystają studenci, historycy, dziennikarze. Widuje się tu wybitnych przedstawicieli polskiej medycyny. Tu znajdują dokumenty potrzebne do swych prac i przemysłów.

Tu, na Ujazdowie, trwa archiwizacja i jest miejsce na skupioną pracę. W tej lokalizacji jest logika tradycji i symbol

kontynuacji tego, co w okresie II Rzeczypospolitej zgromadził dr Stanisław Konopka.

*

Zbiory specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej znajdują się w miejscu symbolicznym, bo w samym sercu dawnego, bohaterskiego Szpitala Ujazdowskiego.

Nad Zbiorami Specjalnymi Głównej Biblioteki Lekarskiej zawisła groźba eksmisji. W szlachetnym pomysłu zagospodarowania Ujazdowa wraz z całą skarpą i utworzenia w tym miejscu miasteczka kultury Biblioteka Lekarska okazała się ciałem obcym. Bardziej nadaje się podobno na kawiarnię dla strudzonych przechodniów.

Można ją oczywiście wyeksmitować! Przykład na to dał w pierwszych dniach Powstania Warszawskiego kpt. Meyer. Tej

historii z eksmisją chorych i personelu Szpitala Ujazdowskiego oraz spaleniem wszystkich obiektów nie da się jednak wymazać z pamięci mieszkańców Warszawy. Tuż obok znajdują się tablice upamiętniające wojenne i powstaniowe wydarzenia. Na pawilonie poszpitalnym, w którym mieszczą się dziś Zbiory Specjalne GBL widnieje nazwisko Stanisława Konopki. Tego Konopki, który się nigdy nie poddawał.

Panie Doktorze Konopka! Panie Pułkowniku! Panie Profesorze! Na ratunek! Pańska Biblioteka znów jest zagrożona!

Panie Ministrze Kultury i Dziedzictwa Narodowego – dorobek życia Doktora Stanisława Konopki, to nasze wspólne dziedzictwo. Biblioteka na Ujazdowie to ostatni pomnik po bohaterskim Szpitalu Ujazdowskim, bestialsko unicestwionym przez hitlerowców. To Biblioteka w miejscu, w którym płonął największy księgozbiór lekarski w Europie, zgromadzony przez majora, doktora Stanisława Konopkę.

Panie Ministrze! Prosimy ocalić Bibliotekę Lekarską!



Pawilon Zbiorów Specjalnych GBL (arch.)



foto: Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 28 VIII 2009

Delegowano:

– **Krzysztofa Makucha** na Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (Word Medical Association), w dn. 14-17.10.br. w New Delhi.
– **Konstantego Radziwilla i Klaudiusza Komora** na posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, w dn. 23-24. br. w Winchester.

Prezydium NRL – 18 IX 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu specjalizacji medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Prezydium zaproponowało, aby do wykazu specjalizacji, stanowiącego załącznik do projektowanego rozporządzenia, dodać następujące specjalizacje: medycyna ogólna, medycyna rodzinna, dietetyka, higiena i epidemiologia wojskowa, higiena komunalna, higiena pracy, higiena szkolna, higiena środowiskowa, higiena wojskowa, organizacja ochrony wojsk, parazytologia lekarska, wojskowa medycyna morska, psychiatria oraz skreślić z wykazu specjalizacji chirurgię ogólną, choroby chirurgiczne oraz położnictwo i ginekologię.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektów rozporządzeń „lekowych” ministra zdrowia. Prezydium zwróciło uwagę, że w uzasadnieniu do projektów rozporządzeń wskazano kwotę korzyści, jaką odniosą pacjenci – ok. 35 mln zł. Nadal nie jest znana metoda obliczania tych ewentualnych korzyści dla pacjenta. Wydaje się, że tylko mała liczba pacjentów będzie płaciła mniej, natomiast przeważająca większość – więcej niż obecnie. Wynika to ze znacznego obniżenia limitów. Ponadto Prezydium NRL z zaniepokojeniem obserwuje toczące się dyskusje wokół wprowadzenia na listę leków refundowanych insulin długodziałających. Zdaniem Prezydium w tej sprawie należy przeprowadzić obiektywne analizy farmakoekonomiczne oraz analizy wpływu tych preparatów na sytuację pacjentów. Należy też wyjaśnić wszystkie kontrowersje dotyczące doniesień naukowych, jakie pojawiły się w ostatnim czasie odnośnie bezpieczeństwa i skuteczności tych preparatów.

Naczelna Rada Lekarska – 18 IX 2009

NRL przyjęła stanowisko w sprawie interpretacji przepisów swojej uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb

lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów. NRL wyjaśniła, że dla ważności wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy niezbędne jest wybranie co najmniej 25 % liczby mandatów ustalonej przez okręgową komisję wyborczą. Jednocześnie NRL stwierdziła także, że warunkiem niezbędnym, aby okręgowy zjazd lekarzy mógł przeprowadzić procedury wyborcze, jest udział w nim delegatów w liczbie odpowiadającej co najmniej 25 % liczby delegatów, którą ustaliła okręgową komisja wyborcza, jednak nie mniejszej niż 25 osób. NRL przypomniała także, że kworum niezbędne do podejmowania przez okręgowy zjazd lekarzy uchwał zostało uregulowane w ustawie o izbach lekarskich i wynosi co najmniej 50 % ważnie wybranych członków danego organu.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie proponowanych regulacji prawnych dotyczących niektórych problemów bioetycznych występujących w nowoczesnej medycynie. Wobec mnogości proponowanych rozwiązań dotyczących problemów bioetycznych w projektach, które są procesowane w parlamencie, NRL wyraziła w oparciu o Kodeks Etyki Lekarskiej następujące stanowisko: 1) Istnieje potrzeba przygotowania prawnych regulacji umożliwiających ratyfikowanie podpisanej przez polski rząd Konwencji z 4 kwietnia 1997 r. o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny oraz dostosowywania polskie przepisy do wymagań dyrektywy PE i Rady z 31 marca 2004 r. nr 2004/23/WE w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich i dyrektyw wykonawczych. 2) Wobec ponaddwudziestoletniej praktyki stosowania w Polsce procedur z zakresu prokreacji medycznie wspomaganey, a w szczególności zapłodnienia pozaustrojowego i narastającej liczby problemów natury etyczno-prawnej związanych z tą dziedziną medycyny, należy określić ramy prawne dopuszczalności tych procedur, z jednoczesnym zapewnieniem odpowiedniej opieki medycznej parom cierpiącym z powodu niepłodności z jednej, a szczególnej ochrony życia dzieci poczętych z drugiej strony. 3) Wobec pojawiania się w praktyce medycznej procedur budzących sprzeciw sumienia niektórych lekarzy istnieje konieczność przyznania im bezwzględnie prawa do odmowy udziału w takich działaniach (z wyjątkiem procedur służących ratowaniu zdrowia lub życia w przypadkach nagłych).

NRL przyjęła stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dot. tzw. algorytmu podziału środków NFZ). NRL stoi na stanowisku, że środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej powinny być przekazywane za pacjentem, a ich wysokość powinna odpowiadać realnej wartości udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ, dot. wydawania zaświadczeń potwierdzających posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Listy do minister zdrowia Ewy Kopacz oraz Bolesława Piechy, przewodniczącego Komisji Zdrowia Sejmu RP, przedstawiające propozycje poprawek do projektu ustawy o izbach lekarskich przyjętego przez Podkomisję nadzwyczajną do rozpatrzenia ww. projektu.
- List do minister zdrowia Ewy Kopacz – uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.
- List do minister zdrowia Ewy Kopacz – uwagi do 13 projektów rozporządzeń w sprawie „koszyka świadczeń”.
- List do Leszka Sikorskiego, dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – potwierdzenie woli podjęcia współpracy NIL z Centrum.
- Udział w posiedzeniach Podkomisji stałej ds. zdrowia publicznego Komisji Zdrowia Sejmu dot. projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.
- Udział w posiedzeniach Podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy o izbach lekarskich.
- Udział we wspólnym posiedzeniu prezydiów okręgowych rad lekarskich okręgowych izb lekarskich województwa śląskiego.
- Udział w posiedzeniu Konferencji Prezesów Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.
- Spotkanie z minister zdrowia Ewą Kopacz nt. stanu etyki lekarskiej oraz prac nad projektem ustawy o izbach lekarskich.
- Udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich w Gdańsku.
- List do Michała Serzyckiego, generalnego inspektora ochrony danych osobowych – zapytanie, czy Rzecznikowi Praw Dziecka przysługuje dostęp do dokumentacji medycznej.
- Udział w posiedzeniu Rady NFZ.
- Spotkanie z dyrektorem Głównej Biblioteki Lekarskiej A. Tulczyńskim w budynku zbiorów specjalnych Biblioteki.
- Udział w ceremonii wręczenia medali VII Igrzysk Lekarskich w Zakopanem.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.

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

ABC ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarza

Kolejny niepotrzebny obowiązek?

Z roku na rok do kancelarii prawnych w całym kraju zgłasza się coraz więcej pacjentów, którzy domagają się odszkodowań od lekarzy, przychodni czy szpitali.

Nie jest to oczywiście wyłącznie skutkiem większej niż kiedykolwiek ilości błędów lekarskich. Po prostu w ostatnich latach wzrosła świadomość prawna obywateli w zakresie dochodzenia swoich praw oraz wzrasta liczba osób, które profesjonalnie zajmują się dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych z tytułu błędów lekarskich, nastąpiła też dość istotna zmiana przepisów kodeksu cywilnego, które znacznie wydłużyły terminy umożliwiające skuteczne dochodzenie roszczeń, wydłużając okres przedawnienia skutecznego dochodzenia roszczeń zdarzeń z trzech do dziesięciu lat.

Skutkiem powyższej sytuacji jest zwiększająca się liczba pozwów składanych w sądach powszechnych przez niezadowolonych pacjentów. Oczywiście roszczenia te nie zawsze są w pełni zasadne, czego dowodem są także często oddalone powództwa. Niemniej jednak coraz częściej pojawiające się wyroki zasądzające, sięgające nawet kilkaset tysięcy złotych tytułem zadośćuczynienia z tytułu popełnionych błędów lekarskich, są coraz częstszym krajobrazem polskiej rzeczywistości wymiaru sprawiedliwości. Wszystko to sprawia, że ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej coraz częściej skutecznie zaczyna pełnić swoją funkcję obronną i ochronną dla lekarzy, którzy doświadczyli nieprzyjemności występowania w charakterze pozwanych, czy podejrzanych, w związku z wykonywaniem zawodu. W tej sytuacji ubezpieczenie przestaje być wyłącznie obowiązkiem, a zaczyna być koniecznym zabezpieczeniem, chroniącym zarówno lekarza, jak i pacjenta.

Aby jednak ubezpieczenie było rzeczywistym zabezpieczeniem lekarza, jak i pacjenta, należy zbudować ochronę ubezpieczeniową, opartą na bazie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Celem takiej ochrony nie jest całkowite zwolnienie lekarza od starań o bezbłędne wykonywanie zawodu i zastąpienie

tego zadania ubezpieczeniem, ale spowodowanie w sytuacji powstania roszczeń przez niezadowolonego pacjenta przesunięcia ciężaru majątkowego, jaki może powstać u lekarza w związku z obowiązkiem wypłaty zasądanego odszkodowania na zakład ubezpieczeń.

Ponieważ obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy jedynie w sposób ogólny zabezpiecza interesy prawne osób wykonujących zawód lekarza, z tego powodu największym wyzwaniem dla każdego lekarza w zakresie zabezpieczenia się przed ewentualnymi roszczeniami

odszkodowawczyymi pacjentów jest zbudowanie kompleksowej, a przede wszystkim indywidualnie zoptymalizowanej ochrony ubezpieczeniowej, która w pełni odpowiadałaby specjalizacji danego lekarza, zakresowi wykonywanych przez niego zabiegów czy przewidywanej sumie roszczeń odszkodowawczych pacjentów. Taki model zabezpieczenia lekarzy jest możliwy wyłącznie dzięki dobrowolnym ubezpieczeniom odpowiedzialności cywilnej oraz innym ubezpieczeniom dodatkowym.

Mając świadomość trudności zadania zbudowania optymalnej ochrony ubezpieczeniowej dla lekarza w kolejnych częściach „ABC ubezpieczeń

odpowiedzialności cywilnej lekarza” postaram się w sposób jasny i przejrzysty zaprezentować najważniejsze założenia optymalnej ochrony ubezpieczeniowej, wyjaśnić zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia, a także wyjaśnić i zaprezentować rolę agentów i brokerów ubezpieczeniowych przy zawieraniu umów ubezpieczenia.

Maciej Dittmayer

Autor jest radcą prawnym w Kancelarii Prawnej Dittmayer Głowacki Awedyk Sp. k., współpracującej z April Group w Polsce i świadczącej usługi dla Medbroker Sp. z o.o.

MEDBROKER
DBAMY O TWÓJ SPOKÓJ

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

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

Przychodzi lekarz do prawnika

Następstwa i powikłania zabiegu szczepienia – pacjent powinien wiedzieć!

Obowiązek lekarza udzielania informacji w procesie leczenia został określony w art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r. (tj. Dz. U. 2008 r., nr 136, poz. 857, ze zm. – dalej UoZL). Obowiązek ten został uszczegółowiony w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5.12.2008 r., która zaczęła obowiązywać z dniem 1 stycznia 2009 r. (Dz. U. 2008 r., nr 234, poz. 1570 – dalej UoZiChZ).

W myśl art. 17 ust. 9 UoZiChZ *obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby zobowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych*. Oznacza to, że lekarz ma obowiązek udzielenia pacjentowi, a w przypadku pacjenta małoletniego lub ubezwłasnowolnionego jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu, informacji dotyczących obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym, a także udzielenia informacji na temat szczepień zalecanych.

Przykład: Lekarz powinien poinformować rodzica lub opiekuna małoletniego o możliwości wykonania szczepień przeciwko zakażeniom wywołanym przez *streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 2-5 lat należących do grup ryzyka (żłobki, przedszkola, choroby przewlekłe).

Uwaga! Informacja na temat szczepień zalecanych powinna dotyczyć między innymi:

- rodzaju szczepienia,
- dostępnych preparatów,
- ilości szczepień w danym cyklu,
- odstępów czasowych w jakich musi zostać przeprowadzone kolejne szczepienie,
- najczęściej występujących następstw i powikłań szczepienia.

Lekarz nie wywiązujący się z obowiązku informowania o szczepieniach ochronnych i zalecanych naraża się na poniesienie odpowiedzialności z tego tytułu. Zgodnie z art. 51 ust. 3 UoZiChZ *kto wbrew obowiązкови nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych – podlega karze grzywny*. W sprawie o czyn polegający na zaniechaniu obowiązku informacji o szczepieniach ochronnych i zalecanych orzekanie następuje na podstawie Kodeksu Wykroczeń.

Na szczególną uwagę zasługuje lekarski obowiązek informowania o następstwach i ewentualnych powikłaniach zabiegu szczepienia.

W myśl art. 31 ust. 1 UoZL lekarz ma obowiązek udzielić informacji na temat dających się przewidzieć następstw i powikłań planowanej czynności leczniczej. W związku z faktem, że UoZL nie wylicza czynności leczniczych, odnośnie których lekarz musi udzielać informacji określonej w art. 31 ust. 1 UoZL, należy przyjąć, że informacja dotycząca następstw i powikłań musi zostać udzielona również w związku z wykonywaniem zabiegu szczepienia. Należy zaznaczyć, że informacja w tym zakresie musi zostać przekazana zarówno w odniesieniu do szczepień ochronnych, jak i szczepień zalecanych.

Do kwestii udzielania informacji na temat negatywnych następstw i powikłań związanych z zabiegiem szczepienia odnosi się ustawa o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która obowiązuje lekarza do udzielania pacjentowi wyczerpującej, rzetelnej i przystępnej informacji o specyfice szczepień ochronnych i zalecanych i negatywnych skutkach zdrowotnych, jakie mogą wystąpić w związku z niepoddaniem się szczepieniu.

Uwaga! Lekarz powinien poinformować pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o możliwości wystąpienia zachorowania lub zwiększenia ryzyka zdrowotnego w związku z niewy-

konaniem szczepienia – zarówno ochronnego, jak i zalecanego. Informacja w tym zakresie podyktowana jest specyfiką produktu leczniczego, którego podstawowym celem jest zmniejszenie ryzyka zdrowotnego.

Nieudzielenie przez lekarza wyczerpującej informacji na temat szczepień ochronnych i zalecanych naraża lekarza na poniesienie odpowiedzialności cywilnej i zawodowej.

Odpowiedzialność cywilna może powstać w związku z samym zaniechaniem informacji odnośnie szczepień zalecanych. Brak informacji może z kolei skutkować negatywnymi następstwami zdrowotnymi po stronie pacjenta, w związku z brakiem odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości i konieczności poddania się szczepieniu w celu zmniejszenia ryzyka zachorowania. Należy podkreślić, że przez negatywne skutki zdrowotne należy rozumieć nie tylko samo ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną, ale także powikłania po przebytej chorobie.

Niedopełnienie obowiązku informowania pacjenta o szczepieniach zalecanych naraża również lekarza na poniesienie odpowiedzialności zawodowej. Ryzyko tego rodzaju odpowiedzialności pojawia się w przypadku naruszenia regulacji zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Artykuł 13 KEL zobowiązuje lekarza do respektowania prawa pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących stanu zdrowia. Świadome uczestnictwo w szeroko pojętym procesie leczenia możliwe jest dzięki wywiązywaniu się lekarza z obowiązku informacji, w tym informacji o dostępności, specyfice i negatywnych następstwach niezastosowania szczepień zalecanych.

Konsultacja lekarska przez telefon

Aktualne regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu lekarza nie odnoszą się jednoznacznie do kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych „na odległość”. W praktyce powstaje wiele wątpliwości związanych z dopuszczalnością przeprowadzania konsultacji przy użyciu telekomunikacyjnych lub/i informatycznych środków przekazu. Niżej artykuł ma na celu wyjaśnienie podstawowych zagadnień związanych z lekarskim obowiązkiem konsultacji i możliwości zrealizowania tego obowiązku „na odległość”.

Lekarski obowiązek konsultacji został określony w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej. W myśl art. 37 wspomnianej ustawy *w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej, powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie*. Wynika stąd, że w razie wątpliwości powstałych w procesie leczenia lekarz powinien przeprowadzić konsultację z lekarzem posiadającym większe doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych danego rodzaju lub z lekarzem specjalistą w danej dziedzinie. Do obowiązku konsultacji odnosi się również KEL, którego art. 10 ust. 2 stanowi, że jeżeli zakres czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych lub orzecznich przewyższa umiejętności zawodowe lekarza, powinien on skonsultować się z innym lekarzem. Należy przy tym podkreślić, że obowiązek konsultacji z lekarzem specjalistą wynika również z faktu, że lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 10 ust. 1 KEL).

O ile sam obowiązek przeprowadzenia konsultacji nie budzi wątpliwości, o tyle kontrowersyjne jest, czy konsultacja z innym lekarzem może zostać przeprowadzona np. przez telefon (tzw. telekonsultacja). Szczególne znaczenie ma to w sytuacji, gdy kontakt z lekarzem specjalistą jest utrudniony (np. czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację jest bardzo długi lub lekarz specjalista wykonuje zawód w odległej jednostce służby zdrowia) lub konsultacja powinna zostać przeprowadzona w jak najszybszym czasie ze względu na stan zdrowia pacjenta.

Regulacje ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i Kodeksu Etyki Lekarskiej są w tym przypadku sprzeczne. Zgodnie z art. 42 *lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu*. Należy więc przyjąć, że zgodnie z UoZL osobisty kontakt lekarza z pacjentem jest podstawą udzielenia świadczeń zdrowotnych, do których należy również przeprowadzenie konsultacji lekarskiej. Z kolei w myśl art. 9 Kodeksu Etyki lekarskiej *lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość*. W myśl art. 9 KEL konsultacja lekarska może zostać udzielona

„na odległość”, jeżeli wymaga tego konkretny proces leczenia. Oznacza to, że konsultacja odbyta np. przez telefon lub przy wykorzystaniu innych telekomunikacyjnych lub/i informatycznych (np. Internet) środków przekazu jest dopuszczalna i stanowi uzasadniony wyjątek od obowiązku wdrożenia leczenia po osobistym zbadaniu pacjenta.

Oprócz Kodeksu Etyki Lekarskiej do kwestii udzielania świadczeń zdrowotnych „na odległość” odnosi się tylko Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z 25 lipca 2001 r. – dalej UoPRM (Dz. U. z 2001 r., nr 113, poz. 1207, ze zm.). Zgodnie z art. 41 ust. 3 UoPRM kierujący akcją ratowniczą może zasięgnąć na odległość opinii innego lekarza, wskazanego przez dyspozytora medycznego. Ustawa nie określa wprost, że konsultacja może zostać przeprowadzona w oparciu o telekomunikacyjne środki przekazu, niemniej możliwość taka wynika z brzmienia artykułu 41 ust. 3 UoPRM. Trudno byłoby bowiem interpretować zapis (...) *zasięgać opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego* inaczej, niż traktować go jako możliwość porozumienia się lekarza kierującego udzielaniem świadczeń zdrowotnych z lekarzem przebywającym poza obszarem, gdzie prowadzona jest akcja ratownicza przy użyciu narzędzi telekomunikacyjnych.

Podsumowując – przeprowadzenie telekonsultacji jest dopuszczalne, jeżeli:

- stan zdrowia pacjenta wymaga leczenia interdyscyplinarnego, specjalistycznej wiedzy lub dużego doświadczenia, które posiadają osoby wykonujące zawód medyczny w ośrodkach odległych od miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- od przeprowadzenia szybkiej konsultacji uzależnione jest efektywne kontynuowanie procesu leczenia,
- konsultacja powinna zostać przeprowadzona w jak najszybszym czasie, a dostęp do lekarza specjalisty jest ograniczony, na przykład ze względu na konieczność długiego oczekiwania na wizytę,
- świadczenia zdrowotne udzielane są w trybie nagłym, a nieprzeprowadzenie specjalistycznej konsultacji mogłoby skutkować niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkim rozstrojem zdrowia pacjenta.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Requiem

Zygmunt Wiśniewski

Jan B. Gliński, autor „Słownika biograficznego lekarzy i farmaceutów ofiar II wojny światowej”, zamieścił we wstępie do pierwszego tomu następującą statystykę: *Można przyjąć z niewielkim błędem, że w chwili wybuchu drugiej wojny światowej było w Polsce 13 300 lekarzy, a po doliczeniu dyplomów z okresu wojny oraz uzyskanych na uczelniach zagranicznych – ok. 13 500 lekarzy. Po wojnie pozostało w kraju ok. 7000 lekarzy, straty wojenne wynoszą więc ok. 6500 lekarzy. Analogicznie liczba lekarzy dentystów wyniosła przed wybuchem wojny 3722, z czego zginęło 1794.*

W „Historiach stomatologicznych”, o czym przypominam dla porównania i uświadomienia czytelnikowi, że dane mogą pochodzić z różnych źródeł, podawałem, że w 1938 r., po weryfikacji uprawnień, w izbach lekarsko-dentystycznych znalazło się 3644 lekarzy dentystów; według ostatniego wydanego przed II wojną małego rocznika statystycznego w zawodzie tym pracowało 3686 osób. W latach 1938-39 następował ubytek naturalny, a Akademia Stomatologiczna promowała kolejnych absolwentów. Jan B. Gliński zweryfikował tę liczbę najtrafniej jak można było, podając 3722. Z tej liczby według Glińskiego II wojnę światową przeżyło 1928; według pierwszego powo-

jennego rocznika statystycznego z 1949 r. na terenie Polski odnalazło się w 1946 r. tylko 1581 lekarzy dentystów.

Jak i gdzie ginęli polscy lekarze dentyści?

Konrad Szepelski miał we wrześniu 1939 r. 43 lata, był człowiekiem w pełni sił fizycznych i twórczych. Studia lekarskie odbył i ukończył ze specjalizacją stomatologiczną w 1922 r. na UJK we Lwowie. Na uczelni lwowskiej zdobył tytuł doktora i docenta. Zawodowo związał się z Warszawą i z Państwowym Instytutem Dentystycznym (Akademią Stomatologiczną). Zajmował się pracą naukową i dydaktyczną, która przyniosła mu stanowiska kierownika Kliniki Dentystryki Zachowawczej, a także ordynatora

Oddziału Chirurgii Stomatologicznej Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Kiedy w 1938 r. zorganizowano samorząd lekarzy dentystów: izby lekarsko-dentystyczne, wysunięty został przez środowisko na funkcję wiceprezesa Naczelnej Izby. Jak każdy zdrowy inteligent był oficerem rezerwy i zobowiązany był na wypadek wojny do służby wojskowej. Miał przydział mobilizacyjny do I Szpitala Okręgowego w Warszawie. Personel tego szpitala, ewakuowany na wschód, dostał się do niewoli sowieckiej. Konrad Szepelski zginął wraz z wielu innymi polskimi lekarzami wojskowymi i lekarzami rezerwy zamordowany wiosną 1940 r. przez NKWD w Katyniu. Mord na polskich oficerach w Katyniu, którego ofiarami było wielu polskich lekarzy, oficerów rezerwy, był zaplanowaną przez wysokie kierownictwo sowieckie eliminacją polskich inteligentów, którzy mogliby w przyszłości utrudniać realizację planów sowieckiej dominacji na ziemiach polskich.

Antoni Cieszyński był profesorem UJK we Lwowie, kierownikiem Kliniki Stomatologicznej tego uniwersytetu, nauczycielem i wychowawcą wielu czołowych polskich lekarzy stomatologów. Prowadził działalność naukową nowatorską w skali europejskiej. Zapewniało mu to kontakty ze wszystkimi znanymi uczelniami dentystycznymi w Europie i z wielu sławnymi naukowcami z uniwersytetów zachodnich. W Polsce był postacią numer jeden w sprawach kształcenia lekarzy stomatologów i lekarzy dentystów. Swoją pozycję naukowca i organizatora szkolnictwa stomatologicznego ugruntował wydawaniem pisma „Polska Stomatologia” (wcześniej „Polska Dentystryka”).

We wrześniu 1939 r. miał 57 lat. Po zajęciu Lwowa przez Rosjan kontynuował działalność naukową i dydaktyczną na tamtejszym uniwersytecie. W czerwcu 1941 r., na początku wojny niemiecko-sowieckiej, znalazł się pod okupacją niemiecką. W nocy z 3 na 4 lipca 1941 r. został aresztowany przez gestapo i rozstrzelany wraz z grupą 42 lwowskich naukowców. Hitlerowski batalion „Nachtigall”, który dokonał tej zbrodni, miał za zadanie fizyczną likwidację polskiej inteligencji, która potencjalnie mogła przewodzić oporowi ludności przeciwko władzy hitlerowców. Mordu tego, dokonanego w tajemnicy, hitlerowcy nie próbowali nawet ubrać w pozory odwetu za opór stawiany ich wojennym porządkom. Ofiary nie miały nawet okazji przeciwstawić się Niemcom. Egzekucja lwowska, której ofiarą był m. in. prof. A. Cieszyński, była niczym nie upożerowanym mor-

dem, w którym wykonawcy posługiwali się wcześniej przygotowanymi listami ofiar. Ofiarą tej zbrodni był także lekarz i literat, Tadeusz Żeleński-Boy. W kilka dni później hitlerowcy rozstrzelali Kazimierza Bartla, profesora Politechniki Lwowskiej, znakomitego matematyka, w okresie międzywojennym trzykrotnego polskiego premiera.

Maurycy Krakowski był znanym warszawskim dentystą, zasłużonym przede wszystkim jako organizator warszawskiego środowiska lekarzy dentystów. Skupiał ich wokół pisma „Kronika Dentystyczna”, w którym propagowano nowatorskie metody lecznicze. Pismo M. Krakowskiego było wyrazicielem interesów warszawskich wykształconych lekarzy dentystów, obrócone swym ostrzem publicystycznym przeciwko technikom i „partaczom”, podszywającym się pod zawód dentystyczny. Wydał także pozycje książkowe: „Kalendarz dentystyczny” (1898) oraz „Polskie słownictwo dentystyczne” (1911). Aktywny społecznie: założył w Warszawie Towarzystwo Odontologiczne, był inicjatorem powstania Towarzystwa Naukowego Dentystycznego im. Bolesława Dzierżawskiego, wspierał organizację bezpłatnej pomocy dentystycznej dla ubogich dzieci Warszawy.

Zginął dlatego, że był Żydem. Jak wielu Polaków narodowości żydowskiej został w 1941 r. osadzony w getcie. Jego dane osobowe, pochodzące z 1941 r., figurują jeszcze w okupacyjnym, urzędowym spisie lekarzy wydanym w 1943 r. przez niemiecką Izbę Zdrowia. Zginął w nieznanych okolicznościach w getcie prawdopodobnie w 1943 r.

Straty wojenne wśród lekarzy dentystów, sięgające 50% stanu osobowego, nie wynikały z działań wojennych. Był to zawód, w którym historycznie przewagę liczbową miała inteligencja pochodzenia żydowskiego. Według statystyki sporządzonej w 1938 r. w czasie weryfikacji zawodowej lekarzy dentystów, członków nowo tworzonej izb lekarsko-dentystycznych, wyznaczenie mojżeszowe deklarowało 56,9% zweryfikowanych; w Warszawie 54,6%, w Krakowie 59,5%, w Wilnie 68,4%. Straty wśród lekarzy dentystów pochodzenia żydowskiego były proporcjonalne do rozmiarów zagłady polskich Żydów w hitlerowskich gettach i obozach zagłady.

Julian Łączyński, lekarz dentysta z Pabianic, stał się znany ogółowi środowiska lekarzy dentystów, kiedy w 1938 r. wysunięto jego kandydaturę na prezesa Naczelnej Izby nowo tworzonej Izby Lekarsko-Dentystycznych. Wtedy przeniósł się i na stałe zamieszkał w Warszawie. Jego nazwisko, pod warszawskim adre-

sem, figuruje w urzędowym spisie lekarzy dentystów wydanym przez niemiecką, okupacyjną Izbę Zdrowia. W zachowanej w archiwum ankiecie personalnej z tamtego czasu znajduje się dopisek, że wyjechał do Mszany Dolnej. Dalszy jego los i okoliczności śmierci są nieznane. Grób J. Łączyńskiego znajduje się podobno na cmentarzu w Nowym Sączu.

Hilary Wilga był w 1939 r. człowiekiem 75-letnim. Karierę zawodową miał już za sobą. Wykształcenie i tytuły akademickie zdobył w Moskwie. Kiedy w 1922 r. osiadł na stałe w Polsce, miał już tytuł profesora i doświadczenie organizatora kształcenia akademickiego. Związał się z Państwowym Instytutem Dentystycznym (Akademią Stomatologiczną), przez pięć lat pełniąc funkcję dyrektora. Od 1936 r. był emerytem czynnym zawodowo. Zmarł w wieku 78 lat w nieznanych okolicznościach w Warszawie.

To tylko *requiem* dla pięciu znanych przedwojennych lekarzy stomatologów i lekarzy dentystów. Słowniki z biogramami ofiar II wojny światowej zawierają ich setki.

Zajrzyjmy pod przypadkowe hasła osobowe w przywoływanym już słowniku Jana B. Glińskiego.

Barwiński Wacław, lekarz dentysta. Praktykował w Sosnowcu. Członek Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej. Zmobilizowany w 1939 r. z przydziałem do 3 Szpitala Okręgowego. Wzięty do niewoli sowieckiej, zamordowany w Katyniu.

Chlebowska Janina, lekarz stomatolog, wysiedlona przez Niemców z Bydgoszczy, praktykowała w Warszawie. Jej gabinet dentystyczny był punktem kontaktowym Oddziału Łączności KG ZWZ. Aresztowana wraz z mężem w 1941 r., została zamordowana w czasie śledztwa w siedzibie gestapo w al. Szucha.

Filarski Bernard, doktor nauk stomatologicznych, pracował jako lekarz kolejowy w DOKP w Gdańsku. Aresztowany 1 września 1939 r., wywieziony do obozu w Stutthofie. Wiosną 1940 r. zamordowany wraz z 70 współwięźniami.

Takich hasel dotyczących lekarzy dentystów w słowniku Glińskiego są setki. Autor obliczył, że z 3722 lekarzy dentystów praktykujących w Polsce w 1939 r. wojny nie przeżyło 1794.

Podobną statystykę zawiera pierwszy powojenny rocznik statystyczny, wydany w 1949 r., który podaje, że w 1946 r. zarejestrowanych było w Polsce tylko 1581 lekarzy dentystów.

Z 3722, którzy uprawiali ten zawód w 1939 r. – jak obliczył Jan Gliński – prawdopodobnie 1794 zginęło. Wielu wojna rozrzuciła po świecie.



Autor Słownika doktor Jan Bohdan Gliński

Rok 2010 rokiem Reichsteina

**W 1950 r. Szwedzka Królewska Akademia Nauk
podzieliła Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny
pomiędzy trzech naukowców:
lekarza, dr. Philipa Hencha z kliniki Mayo oraz dwóch chemików
prof. Edwarda Kendalla z kliniki Mayo
i prof. Tadeusza Reichsteina z uniwersytetu w Bazylei.**

Trzej laureaci nagrodę otrzymali za wykrycie hormonów kory nadnerczy, ich identyfikację, opracowanie syntezy i wprowadzenie do lecznictwa. Podział nagrody pomiędzy chemików a lekarza podkreślał interdyscyplinarny charakter wykrycia hormonów kory nadnerczy i zastosowanie ich w nowatorskich metodach leczniczych.

Osobą zasługującą na przypomnienie i naszą pamięć jest zwłaszcza prof. Tadeusz Reichstein, obywatel Szwajcarii pochodzenia żydowskiego, urodzony w 1897 r. we Włocławku.

Prof. farmakologii G. Liljestrand uzasadniając w imieniu Komitetu Noblowskiego przyznanie nagrody w dziedzinie fizjologii i medycyny wskazał na nowatorskie badania Swingla i Addisona, którzy ok. 1930 r. wyodrębnili ekstrakt z kory nadnerczy nazwany cortiną.

Reichstein i Kendall prowadzili dalsze badania nad cortiną.

Przewodniczący Królewskiego Komitetu Noblowskiego opisywał udział nagrodzonych w badaniach, które przyniosły ludziom nowe specyfiki i nowe metody lecznicze.

Izolacja składników cortiny okazała się trudnym zadaniem, wymagającym wysiłku wielu badaczy. Szczególnie ważny wkład dali na tym polu Wintersteiner i Pfiffner, a również E. Kendall z kliniki Mayo w Rochester i Tadeusz Reichstein w Bazylei oraz ich współpracownicy. Najwcześniej, bo w 1934 r. sukces uzyskali Kendall i jego grupa, otrzymując z ekstraktu kory nadnerczy czystą cortinę w formie krystalicznej. Ich badania zapoczątkowały krystalizację całej grupy substancji cortinowych. Z biegiem lat

liczba wykrytych substancji osiągnęła 20, a obecnie znanych jest ok. 30. Sześć z tych substancji wykazywało większy lub mniejszy efekt przy podawaniu ich zwierzętom, którym usunięto nadnercza. Połowa z tych substancji była po raz pierwszy odkryta przez Reichsteina, ściśle naśladowanego przez Kendalla. Ten ostatni był pierwszy w odkryciu czwartego związku. Reichsteinowi udało się na drodze syntezy częściowej, wychodząc z pochodnych kwasu żółciowego, wyprodukować jedną z substancji, która okazała się wartościowym środkiem leczniczym w leczeniu przypadków choroby Addisona. Lek ten stał się łatwo osiągalny. Nieco później ten związek został odkryty przez Reichsteina również w ekstraktach z kory nadnerczy. Wśród tych związków najbardziej znanym okazał się nazywany pierwotnie składnikiem E – a obecnie cortisonem lub cortonem, który był izolowany przez cztery różne pracownie, między innymi Kendalla i Reichsteina.

W trakcie testowania nowego specyfiku leczniczego znaczący wkład wniósł Hench z zespołem w klinice Mayo.

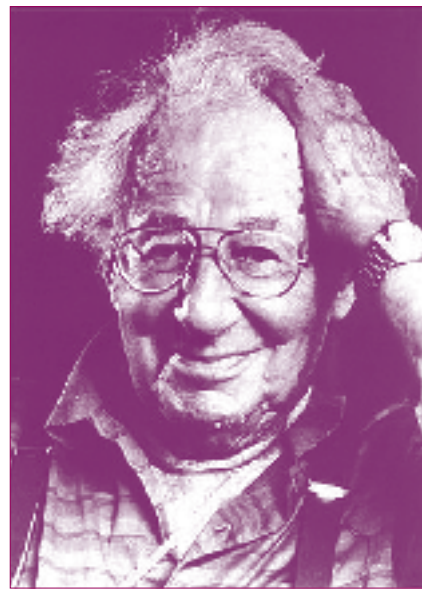
Testowanie, które zostało teraz zapoczątkowane, skierowano na przewlekłe reumatoidalne zapalenie stawów. Nie było to dziełem przypadku. Od przeszło 20 lat P. Hench, pracujący obecnie w klinice Mayo, stwierdził łagodzenie dolegliwości stawowych u chorych, jeżeli znajdowali się w ciąży lub przechodzili żółtaczkę. Wyobrażał on sobie istnienie jakiegoś wspólnego czynnika, który oddziałuje na chorobę stawów w tych przypadkach. Uważał, że zaburzenia stawowe są wyrazem zmian metabolicznych, a nie, jak powszechnie

uprzednio sądzono, rezultatem infekcji. Podczas ciąży wzrasta ilość hormonów płciowych. Natomiast w żółtaczce ulegają zatrzymaniu w ustroju kwasy żółciowe. Ponieważ istnieją powiązania pomiędzy tymi substancjami i związkami kory nadnerczy, stało się prawdopodobne, że zmiany chorobowe mogą być powiązane z zaburzeniami funkcji nadnerczy. Podobny tok myślenia rozwijał również Selye. W łączności z Kendallem Hench rozpoczął leczenie chorych na przewlekłe reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą cortiny. W kwietniu 1949 r. Hench, Kendall, Slocumb, Polley opublikowali swoje wyniki obserwacji, opisując ciekawe efekty poprawy przypadków przewlekłego reumatoidalnego zapalenia stawów leczonego cortisonem. Cortison wykazał również bardzo dobre efekty w leczeniu gorączki reumatycznej.

Wiarygodność rezultatów szkoły Mayo została potwierdzona w doniesieniach z całego świata. Jest ponad wszelką wątpliwość pewne, że nasza wiedza o naturze tych chorób i rola w nich hormonów korowych została znacznie powiększona przez prace Hencha i jego współpracowników. Być może znajdujemy się na początku nowej epoki leczenia grupy chorób, które z socjalnego punktu widzenia są jednymi z najważniejszych i najtrudniejszych do leczenia.

Wartość tego odkrycia leży nie tylko w bezpośrednich i praktycznych rezultatach, ale również w fakcie, że wyznacza on nowe linie badawcze.

Tyle argumentów uzasadniających przyznanie Nobla przytoczył w 1950 r. prof. G. Liljestrand na uroczystości wręczenia nagrody.



W imieniu nagrodzonych przemawiał lekarz, dr T. Hench.

Jestem lekarzem i czuję się zaszczycony stojąc tu między dwoma znakomitymi chemikami: dr. Reichsteinem i dr. Kendallem. Być może stosunek jeden lekarz i dwóch chemików jest symbolem, że medycyna jest mocno związana dwoma wiązaniami z chemią. W ciągu ostatnich 25 lat medycyna otrzymała ze strony chemików wspaniałą broń, a chemicy uzyskali bogatą nagrodę, gdy owoce ich pracy laboratoryjnej ratują nie dające się policzyć tysiące osób od długich cieni sal szpitalnych.

Tadeusz Reichstein był wśród nagrodzonych uczonym bardzo zasłużonym i utytułowanym.

Od 1931 r. pracował w Zurychu pod kierunkiem L. Ruzicki nad hormonami płciowymi i biosyntezą cholesterolu. Za odkrycia w tej dziedzinie jego szef otrzymał nagrodę Nobla.

W 1934 r. Reichstein opracował biotechniczną metodę syntezy niedawno odkrytej witaminy C. Metoda ta pozwalała na produkcję witaminy C na dużą skalę.

W roku 1947 otrzymał doktorat honoris causa Sorbony, a w 1952 został wybrany członkiem zagranicznym Royal Society w Londynie.

Od początku lat trzydziestych cieszył się więc autorytetem międzynarodowym.

Prof. dr Stanisław Sterkowicz, niestrudzony w swych dociekaniach historyk polskiej medycyny, zainteresował się dorobkiem prof. Tadeusza Reichsteina w kontekście prac nad dziejami ludzi zasłużonych dla Włocławka. Rodzina Reichsteinów ma swoje korzenie w stolicy Kujaw. Tu w 1897 r. w rodzinie Izzydora Reichsteina urodził się syn Tadeusz. Jego matka, z domu Gustawa Brockman, przekazała synowi znajomość języka i polskie tradycje kulturowe. Pamięć dzieciństwa pozwalała Tadeuszowi Reichsteinowi określać się polskim Żydem.

Inicjatywa profesora Sterkowicza uczczenia w Polsce 60 rocznicy przyznania Tadeuszowi Reichsteinowi Nagrody Nobla jest pomysłem godnym szacunku i poparcia środowiska lekarskiego.

(zw)

W opracowaniu wykorzystano publikacje prof. Stanisława Sterkowicza, a zwłaszcza „Tadeusz Reichstein – życie i działalność naukowa”. Włocławek 1995. Włocławskie Towarzystwo Naukowe.



2010 Kalendarz Lekarza

wydany przez
Polskie Towarzystwo Lekarskie
i Naczelną Izbę Lekarską



Już do nabycia!

w siedzibie biura
Zarządu Głównego PTL
00-478 Warszawa
Al. Ujazdowskie 22, lok. 2
tel. (022) 628 86 99, 627 29 99

e-mail: ptl@interia.pl

Cena kalendarza **25,00 zł**

Istnieje możliwość wysyłki za pobraniem

Rozdano trzysta kompletów medali

VII Igrzyska Lekarskie za nami. Zimowe już w marcu.

Lekarski sport

Impreza, której patronuje Naczelna Izba Lekarska, Okręgowa Izba w Krakowie oraz „Gazeta Lekarska”, w każdy drugi weekend września ściga pod Tatry lekarzy sportowców wraz z rodzinami. Rośnie liczba startujących w zawodach, z roku na rok, powoli



zbliżając się do tysiąca. Do konkursu w rzucie dyskiem zgłosiło się ponad stu atletów i atletek! Konkurs trwał blisko pięć godzin.

Tegoroczne igrzyska były szczególne, bo rozegrano je zaraz po zakończeniu

budowy stadionu lekkoatletycznego w COS w Zakopanem. Konkurencje biegowe i skok w dal lekarzy sportowcy i sportsmenki rozegrali już na pięknym czerwono-bordowym tartanie. Odnowiono także pływalnię. Prace w Zakopanem idą całą parą i mimo że jeszcze w tym roku lekarze musieli czasem przeciskać się między ciężkim sprzętem, biegając z jednej na drugą konkurencję, to finał remontów jest już widoczny. Powoli rodzi się pomysł organizacji pod Tatrami światowych igrzysk medycznych (Medigames). Czy się uda, pokażą najbliższe lata. Władze samorządowe Zakopanego oraz dyrekcja COS są za. Należy podkreślić coraz większe zainteresowanie lokalnych samorządów lekarską imprezą. W tym roku na Igrzyskach gościli Burmistrz Zakopanego i Starosta Tatrzański, splendoru imprezie przydała też obecność prezesa NRL Konstantego Radziwiłła.



Igrzyska rozpoczęła jak zwykle kolarska czasówka COS – Kuźnice. Potem wyścig przeniósł się na malownicze trasy nad Jeziorem Czorszyńskim. Najlepiej ścigali się: wśród pań **Agnieszka Bolesta** i **Krystyna Socha** (Nowe Miasto), **Katarzyna Kościów** (Opole), **Misia Przyłuska** (Szczecin), a wśród panów **Michał Małysza**, **Krzysztof Matras** (Lublin), **Dariusz**



Morawski (Opole), **Marek Paściak** (Piekary Śl.), **Józef Szafranek** (Chełm), **Piotr Mikołajczyk** (Będzin), **Stanisław Kołodziej** (Ostrowiec). Nad jeziorem rozegrano też najbardziej wyczerpującą dyscyplinę igrzysk – triathlon. Krajowy prymat potwierdził **Piotr Kalinowski**



z Włocławka, tytan pływania w piekielnie zimnej wodzie (750 m). W innych kategoriach wiekowych zwyciężali: **Jan Plaskacz** (Rzeszów), **Ziemowit Wroński**, **Misia Przyłuska** oraz **Tomasz Dangel** i **Agnieszka Bolesta** (Warszawa). Agnieszka była zresztą chyba najbardziej wszechstronną zawodniczką igrzysk zdobywając medale w kolarstwie, triathlonie, na pływalni oraz na lekkoatletycznej bieżni. W zawodach w kolarstwie górskim na zboczach zakopiańskiej Krokwi zwyciężali: **Kasia Kilmala** (Częstochowa) i **Joanna Dangel** (Warszawa) oraz **Tomasz Śpiwak** (Tarnów), **Marcin Iwański** (Warszawa), **Piotr Bajerowicz** (Szczecin) i **Stanisław Kołodziej** (Ostrowiec).

Rekordową liczbę drużyn zgromadził turniej piłki nożnej. 15 zespołów grało na niezwykle wyrównanym poziomie, a w fazie pucharowej nieraz kończyło się rzutami karnymi. Nie inaczej było w finale, gdzie po zaciętej walce i stanie

1:1 dopiero w karnych Zabrze uległo reprezentacji Krakowa. Rewelacyjne w tym roku Zabrze już w drugiej minucie finałowego pojedynku straciło bramkarza, który dostał czerwoną kartkę, za zagranie ręką poza polem karnym. Tytuł mistrzowski pojechał do Krakowa, bądź co bądź tegorocznego zwycięzcy Medigames. Niewiele mniejszym zainteresowaniem cieszyła się koszykówka. Tu faworyzowana drużyna Warszawy nie obroniła tytułu, przegrywając w finale 55:60 z Grodnem. 8 zespołów wzięło udział w turnieju siatkówki, gdzie także wyłoniono nowego mistrza igrzysk – Łódź, która pokonała w finale Szczecin 2:0 (19,21). Wielu spośród graczy turnieju grało równolegle „plażówkę”, którą tradycyjnie z trudem udało się skończyć ze względu na dużą liczbę startujących. Udało się na tegorocznych igrzyskach zgromadzić dwie drużyny w siatkówce kobiet, ale obie ekipy lekarek przegrały w konfrontacji z „Górkami” gościnnie grającymi na igrzyskach. Z amatorami z Nowego Targu zagrała też kadra hokejowa lekarzy. Górale wzięli rewanż za zeszłoroczną porażkę z doktorami,



wygrując 9:2 i 4:3 na lodowisku nowotarskich „Szarotek”. Nasi hokeiści zebrali się po raz pierwszy od wiosny i wyraźnie zabrakło ogrania. Wynik zaciętego drugiego meczu daje jednak nadzieję na udany sezon. Najlepiej

w zespole zagraли: **Remigiusz Tomczyk** i **Dariusz Możdżeń** (Toruń), **Paweł Wolejsza** (Krosno), **Tomasz Waniewista** (Pułtusk), **Grzegorz Masternak** (Oleśnica).

Odnowiona pływalnia COS zgromadziła w tym roku o wiele większą liczbę pływaków. Wśród panów okrasą zawodów były pojedynki **Cezarego Wałęsy** (Bydgoszcz) i **Piotra Kalinowskiego**. W innych kategoriach wygrywali m.in.: **Marek Trzęsiok** (Katowice), **Robert Lorkowski** (Stalowa Wola), **Jerzy Leszczyński** (Warszawa), **Tomasz Rechberger** (Lublin), **Sławomir Grzeszewski** (Szczecin), **Marian Leszczyński** (Rabka Zdrój). Lorkowski popłynął jak torpeda, 55-letni ginekolog prof. Rechberger poprawił swój rekord życiowy na 400 m czałmem o 40 sekund! Sylwetki Profe-

dokończenie na str. 44

Szczecin najlepszy w Łodzi



W dn. 6-7 VI w Łodzi odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-os.

Tytuł mistrzów Polski zdobyła Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie (fot.), a wicemistrzem Polski została Wojskowa Izba Lekarska (Warszawa). Kolejne miejsca zajęli: 3. Zabrze Medyk, 4. OIL Kraków, 5. OIL Częstochowa, 6. OIL Warszawa, 7. OIL Toruń, 8. OIL Poznań, 9. OIL Łódź, 10. WAM Łódź. Najlepszym strzelcem został Michał Majzner (WIL), a najlepszym bramkarzem Sebastian Telesz (Zabrze Medyk). Nagroda FAIR PLAY została przyznana Jackowi Baltynowi (OIL Warszawa). (Lil)

Ogłoszenia

sportowe sport@gazetalekarska.pl

XV Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2009

odbędą się w Mielcu w dn. 28-29.11.br. Warunkiem udziału w turnieju jest wpłata do 9.11.br. kwoty 1000 zł (jeden tysiąc zł) na konto OIL w Rzeszowie, nr konta: 26 10 60 00 76 00 00 32 00 00 29 28 86, z dopiskiem „TURNIEJ” oraz potwierdzenie tej wpłaty faksem (nr faksu 017-780-05-52) do 12.11.br. Po dokonaniu analizy ilości wpłat organizatorzy prześlą niezwłocznie Regulamin Mistrzostw, który uwzględni liczbę zespołów, liczbę grup i sposób rozegrania meczu. Prosimy o terminowe uiszczenie wpisowego. Regulamin Mistrzostw na stronie Pogotowia Ratunkowego Mielec: www.pogotowie-mielec.pl. Informacje: inż. Leszek Kołacz, dyrektor szpitala, tel. 0504-196-732; lek. med. Zbigniew Bober, dyrektor Pogotowia, tel. 0508-202-626.

Rozdano trzysta kompletów medali

dokończenie ze str. 43

sorowi pozazdrościłby niejeden lekarski młokos. Wśród pań najwięcej sukcesów odniosły: **Małgorzata Sawa** (Radom), **Iwona Damljanović** i **Joanna Stępień-Gielo** (Szczecin), **Ewa Zimna-Walen-**

dzik (Łódź) i **Aleksandra Herman**. Zwycięstwo o 16 lat starszej Małgosi nad Olą w „wyścigu prawdy” na 400 m rzęsiście oklaskiwano pod Giewontem. Najwięcej uczestników zgromadziła królowa sportu – lekkoatletyka. Najbardziej wszechstronni zarówno w biegach, jak i konkurencjach technicznych byli: wśród pań **Eliza Radzik** (Sanok), **Oliwia Gawlik** (Łódź), **Patrycja Kowalska** (Lublin), **Bożenna Kędzierska** (Pułtusk), a wśród panów **Julian Pelka** (Toruń), **Leszek Stecula** (Bytom). Na długich dystansach dominowali jak

z poprzednich sezonach **Jacek Łabudzki** (Sandomierz), **Lucjan Habieda** (Rabka), **Ryszard Siwek** (Lublin), **Łukasz Lubelski** (Katowice), **Piotr Mikołajczyk**. Największymi miotaczami igrzysk (dysk, kula, oszczep) okazali się **Piotr Wojciechowski** (Zabrze), **Janusz Rataj** (Pleszew) i **Jerzy Starzyk** (Kraków). Wielu uczestników wystąpiło w konkurencjach „rakietowych”. Spośród tenisistów ziemnych nagrody najlepszych od sponsora igrzysk odebrali **Wojciech Wawrzyniek** (Zabrze) oraz **Aneta Szczerkowska-Dobosz** z Gdańska. Wśród grających w squasha najlepsi byli **Rafał Drygański** (Łódź), **Wojciech Szczeklik** (Kraków), **Piotr Piotrowski** (Katowice), a wśród pań **Małgorzata Pietras** (Lublin). W badmintonie dominowali łodzianie **Joanna Kaszuba**, **Rafał Drygański** i **Jarosław Dójeżyński**. W turnieju tenisa stołowego zwyciężali: **Andrzej Kapłon** (Warszawa), **Jacek Drożdżel** (Zamość), **Zbigniew Stefański** (Gliwice) oraz **Małgorzata Pietras** i **Joanna Szafranek-Pyzel** (Chelm).

Na fenomenalnie wysokim poziomie przebiegały zawody strzeleckie, a gwiazdą konkursu był potrójny złoty medalista **Przemysław Chmicewski** ze Świętochłowic, który m.in. w konkurencji centralnego zapłonu trafił w 10 strzałach same „dziesiątki”. Podobnie ciekawy przebieg miały inne dyscypliny. Konkurovano w golfie w Paczółtowicach i w słowackiej Tatrzańskiej Łomnicy. Był trójbój siłowy, były towarzyszące zawody w brydżu, szachach i scrabble. Nie sposób wymienić wszystkich medalistów, gdyż rozdano ponad 300 kompletów medali! W tym także najważniejszy: „fair play” dla **Mirosława Doleckiego**, chirurga z Krakowa, który w biegu na 400 m, gdy przewrócił się na finiszu biegnący przed nim rywal – zatrzymał się i pozwolił koledze dobiec do



metry w kolejności wynikającej z przebiegu zawodów. Takich postaw na igrzyskach było więcej. Była radosna atmosfera sportu, przyjaźni, dobrego wypoczynku, który należy się lekarzom po całorocznej ciężkiej pracy. Często występowały całe rodziny, najwięcej wzruszenia wzbudzały występy dzieci, szczególnie tych najmłodszych, a największe uznanie występy seniorów



igrzysk, w tym najwszechstronniejszych – **Wiesława Krakowskiego** (Łódź) i **Bogdana Solarskiego** (Ropczyce).

Następne igrzyska, tym razem zimowe, już w marcu.

Maciej Jachymiak i Marek Stankiewicz

fol. Marek Stankiewicz

Informacje: www.igrzyskalekarskie.org



Regaty na Kisajnie

Załoga Stanisława Danieluka z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej triumfowała w XIX Mistrzostwach Polski Lekarzy, rozegranych na uroczym jeziorze Kisajno w Giżycku.

Mistrzowie Polski zwyciężyli w sześciu z dziesięciu wyścigów. Najlepszym sternikiem wśród pań okazała się **Katarzyna Zając** z Lublina. Tytuł wicemistrzowski przypadł załodze **Waldemara Ozona** z Nowego Miasta, która nie wygrała wprawdzie żadnego wyścigu, ale równa, wysoka forma pozwoliła osiągnąć im sukces. Trzeci był **Romuald Szabliński** ze swoją załogą z Białegostoku, która była rewelacją pierwszych pięciu wyścigów (dwa zwycięstwa). Dalsze miejsca zajęły załogi sterników: Marcina Kondratowicza (Olsztyn), Andrzeja Petrajtisa (Warszawa), Mirosława Nischk (Olsztyn), Katarzyny Zając (Lublin), Filipa Plago (Olsztyn), Andrzeja Wędzińskiego (Warszawa), Aleksandra Waszkiewicza (Olsztyn), Wojciecha Gurowskiego (Giżycko), Marka Kasprowicza (Olsztyn), Eryka Niecikowskiego (Olsztyn), Norberta Stachowicza z Lublina, Jacka Łukaszewicza z olsztyńskiej Izby Weterynaryjnej oraz Mariana Szczepańskiego z mieszaną szczecińsko-olsztyńską załogą.

Przypomnijmy, że akwen jest nie tylko doskonałym miejscem regatowych zmagani, ale wspaniałym obiektem wakacyjnego wypoczynku i rekreacji. Roślinność wynurzona zdominowana jest przez trzcinę, pałkę wąskolistną i sitowie. Na licznych wyspach gniazdują rzadkie gatunki ptaków (m.in. bocian czarny, czapla siwa, łabędź niemy, łyska, perkoz). Wszystkie wyspy na Kisajnie są rezerwatami przyrody i nie wolno do nich przybijać.

tekst i zdjęcie: Marek Stankiewicz



EVMACO

- **18-20.09.2009.** Kat. i Klin. Chorób Wewn., Diabetologii i Nefrologii w Zabrze SUM w Katowicach i PTD zapraszają na **XIII Sympozjum Diabetologiczne** w Zakopanem, Hotel Mercure Kasprowy, 15 pkt. edukac.; www.13sympozjumPTD.evmaco.pl
- **10.10.2009.** Poznań, **7.11.** Lublin, **21.11.** Katowice – KLR w Polsce i PTD zapraszają na konf. pt. **Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych**; www.nowezalecenia.evmaco.pl
- **28.11.2009.** PTD zaprasza na konf. pt. **Insulinoterapia w stanach zagrożenia życia** - część II. Hotel Sheraton w Warszawie, 8 pkt. edukac.; www.insulinoterapia.evmaco.pl
- **9.01.2010.** PTD zaprasza na konf. pt. **Nowości w cukrzycy**. Hotel Sofitel Victoria w Warszawie, 8 pkt. edukac.; www.nowosciw.cukrzycy.evmaco.pl
- **9-11.04.2010.** Sekcja Pediatria PTD i PTD zapraszają na **XII konf. cukrzycy typu I**. Polska Filharmonia Bałtycka w Gdańsku, 18 pkt. edukac.; www.12konf-polpediab.evmaco.pl/
- **13-16.05.2010.** Kat. i Klin. Chorób Wewn., Diabetologii i Nefrologii w Zabrze SUM w Katowicach i Kat. i Klin. Chorób Metabolicznych CM UJ i PTD zapraszają na **V Karpacką Konf. Diabetologiczną**. Hotel Gołębiwski w Karpaczu; www.vkkd.evmaco.pl
Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

- **6-9.10., 1-4.12., 12-15.01.2010.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej**
- **23-27.11.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
- **25-27.01.2010.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66 – lub 0606-350 328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl/

CEDUS w Ciechocinku

- **10-12.10.2009.** **Doppler** - poziom zaawansowany
- **22-25.10.2009.** **USG piersi i mammografia**
- **26-30.10.2009.** **Doppler** – poziom podstawowy
Informacje: Centrum Diagnostyki Obrazowej CEDUS, ul. Bruna 32, 02-594 Warszawa, tel./faks 022-64-64-055, www.cedus.edu.pl.

- **16-17.10.2009.** Wrocław, sala konferencyjna DIL we Wrocławiu, ul. Matejki. IV polsko-francuska konferencja **pneumonologiczna** (w języku francuskim). Komitet organizacyjny i naukowy: Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc, 53-439 Wrocław, ul. Grabiszyńska 105, tel. 071-334-96-70, 071-334-94-91, 071-334-95-59, faks 071-334-95-96, doc. dr hab. Anna Brzeska, e-mail: aniabr@box43.pl

- **23-24.10.2009., 12-13.03.2010.** Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs doskonalący: **badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: Michał Kulej, tel/faks 018-201-24-17, 0604-100-130, Sono-Medicus, 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c, www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, .

- **24.10.2009.** Centrum Medyczne Lucyna i Andrzej Dymek w Strzelcach Opolskich organizuje warsztaty: **Zaawansowane techniki badań czynnościowych układu oddechowego w praktyce alergologicznej i pulmonologicznej**. Informacje: tel. +48 77-461-91-99, e-mail: strzelce@centrummedyczne.com.pl, www.centrummedyczne.com.pl

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

- **25-30.10.2009.** **Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych**
- **20-22.11.2009.** **Diagnostyczno-kliniczne aspekty chorób tarczycy** – kurs doskonalący

- **27-29.11.2009.** **Współczesna diagnostyka obrazowa w chorobach piersi** - kurs doskonalący
- **29.11-4.12.2009.** **Diagnostyka USG w położnictwie i ginekologii**
- **10-15.01.2010.** **Podstawy echokardiografii**
Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

- **W XI 2009 r.** rozpoczną się dwusemestralne studia podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentystów **Kosmetologia w medycynie**, organizowane przez WSzZ Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, we współpracy z Podyplomową Szkołą Med. Estetycznej PTL. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.kosmetyka.edu.pl; Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, ul. Podwale 13, 00-252 Warszawa, Marta Kucharska, tel. 022-635-50-09, 022-635-14-47, faks 022-635-73-62, e-mail: marta.kucharska@wszkipz.pl, www.kosmetyka.edu.pl

- **16-20.11.2009.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kurs na **uprawnienia Inspektora Ochrony Radiologicznej** w pracowni RTG (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), Testy Specjalistyczne urządzeń RTG (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 0601-773-751, 0609-722-762, faks 065-520-53-87, e-mail: info@ekoatom.pl, www.ekoatom.pl

- **27-28.11.2009.** Białystok. Podlaski Oddział PTA i Ośrodek **Akupunktury i Terapii Laserowej** w Białymstoku organizuje szkolenie dla lekarzy: **Praktyczne stosowanie laserów biostymulacyjnych w medycynie fizykalnej i laseropunkturze. Leczenie syndromów bólowych i stanów zapalnych narządu ruchu metodami laseropunktury**. Informacje i zgłoszenia: ul. Piłsudskiego 17/31A, 15-444 Białystok, tel. 085-652-18-71, 0503-629-208.

- **5-6.02.2010.** Lublin, Collegium Maius UM. Kat. Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Kat. i Klin. Rozrodczości i Andrologii UM w Lublinie, Zakł. Etyki i Filozofii Człowieka Kat. Nauk Humanistycznych UM w Lublinie, Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie organizują Międzynar. Konfer. Nauk.: **Bioetyka zdrowia prokreacyjnego w praktyce medycznej**. Sekretariat Konferencji/adres do korespondencji: Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa UM w Lublinie, Al. Racławickie 1, 20-095 Lublin, faks 081-528-88-86, e-mail: bdob10@wp.pl, martamonist@wp.pl

- **11-14.02.2010.** Słupsk-Ustka. **6. Akademia Dermatologii i Alergologii**. Informacje: www.ekonferencje.pl/ADA, tel. 058-349-25-90

- **8.05.2010.** Zamek Królewski w Warszawie. Pol. Akad. Med. i Świat. Akad. Med. im. Alberta Schweitzera przy współudziale Akad. Polonijnej w Częstochowie organizują sympozjum z udziałem laureatów Nagrody Nobla pt. **Humanizm a medycyna przyszłości**. Koleżanki i Kolegów, którzy mimo przemęczenia pracą w trudnych warunkach zachowali w sobie pasję uszlachetniania, pragnących wziąć udział w sympozjum, prosimy o nadsyłanie zgłoszeń na e-mail: aswam@wp.pl z podaniem własnego. Liczba miejsc ograniczona.

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt

- **17-18.04.2010.** Ustroń. **Bark i łokieć – diagnostyka, leczenie operacyjne i rehabilitacja**
- **29-30.05.2010.** Ustroń. **Warsztaty osteopodyczne: od teorii do praktyki**
- **11-12.09.2010.** Katowice. **Wielospecjalistyczny kurs medycyny manualnej**
- **18-19.09.2010.** Katowice. **Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży – diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie**
Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, e-mail: medyczne sympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl



DoctoRRiders po raz piąty

Tegoroczny zlot był największym w 5-letniej historii motocyklowego klubu „DoctoRRiders” działającego przy OIL w Łodzi. Do Wiśniowej Góry zjechało ponad 170 lekarzy-motocyklistów, co wraz z osobami towarzyszącymi dało rekordową liczbę 250 uczestników.

Członkowie klubu „DoctoRRiders” przekonują, że istotą motocyklowej pasji wcale nie jest wariacka jazda z łamaniem wszelkich przepisów. Można uprawiać to hobby nie narażając siebie ani innych na niebezpieczeństwo utraty życia i nie tracąc przy tym nic z przyjemności, jaką daje jazda motocyklem. Istotą naszych spotkań jest integracja osób, które łączy wspólny zawód i wspólna pasja. Bawiliśmy się świetnie i rozstajemy się jak zwykle z żalem, że już trzeba jechać.

Lekarzy, którzy chcieliby wstąpić do klubu „DoctoRRiders” zapraszamy na nasze spotkania oraz na stronę: www.oil.lodz.pl/doctorridders

Włodek Dłużyński, fot. Elżbieta Sadura

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski Oddział Stomatologiczny ŚIAM we Wrocławiu, rocznik 1969-74

Zjazd absolwentów Wydz. Lekarskiego Oddz. Stomatologicznego ŚIAM we Wrocławiu, rocznik 1969-74 w dn. **9-11.10.br. Hotel Belweder, Ustroń, ul. Zdrojowa 15, 43-450 Ustroń**. Koszt uczestnictwa 550 zł/osobę. Wpłata, która jest jednocześnie potwierdzeniem uczestnictwa, do 15.09.br na konto zjazdu nr: PKO-BP S.A. O/Tychy 67 1020 2528 0000 0502 0253 8650. Organizator **Barbara Lubaś-Nitecka**, tel. kom. **00 48 601-482-148**

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1970

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu **19.06.2010 r. (sobota) we Wrocławiu**. Opłata za uczestnictwo: koszt całkowity 350 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 250 zł, uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.12.br. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: **Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu**, tel. **071-79-88-068**, patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Org. Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Henryk Lisiak

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1984

Zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego i filii w Bydgoszczy z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarza, w dn. **17-18.10.br. w Dolinie Charlotty k. Słupska** (www.dolinacharlotty.pl). Rezerwacja miejsc: Mariola Zawadzka, konferencje@charlotta.pl, tel. 667-709-660. Wpłaty na konto – 300 zł od osoby, z dopiskiem „Bał absolwentów AMG 1984” i podaniem swoich danych teleadresowych (udział w balu bez napojów alkoholowych, nocleg i śniadanie): PKO BP BPKOPLPW PL 10 1020 4649 0000 7102 0077 2624. konto euro: BPKOPLPW PL 39 1020 4649 0000 7802 0077 2632. Komitet Organizacyjny: **Jacek Kozłowski**, tel. **601-621-254**, e-mail: jacekorl@amg.gda.pl; **Maciej Michalik**, tel. **602-404-523**, e-mail: michs1@wp.pl; **Jolanta Mroczynska-Cymerman**, tel. **502-505-160**, e-mail: jolanta.mroczynska@gmail.com; **Mirosława Dubaniewicz-Wybiealska**, e-mail: mduba@amg.gda.pl

opr. u
u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl
SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
elsevier@azymut.pl, www.elsevier.pl



Choroby internistyczne

i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży

Ian A. Greer, Catherine Nelson-Piercy, Barry Walters

red. wyd. I pol. Marzena Dębska i Roman Dębski
Wrocław 2009, str. 420

Publikacja dla lekarzy położników i internistów, przedstawia najważniejsze zagadnienia teoretyczne i praktyczne dzieląc je na okresy: przed zajściem kobiety w ciążę, opieka prenatalna, okołoporodowa i podczas porodu.



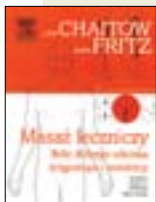
Od objawu do nowotworu.

Wczesne rozpoznanie chorób nowotworowych u dzieci

red. prof. dr hab. Alicja Chybicka

Wrocław 2009, str. 300

Zbiór najważniejszych i najnowszych wiadomości z zakresu patogenezy i diagnostyki leczenia nowotworów u dzieci.



Masaż leczniczy.

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i miednicy

Leon Chaitow, Sandy Fritz

red. wyd. I pol. Artur Dziak

Wrocław 2009, str. 172

Książka skierowana do masażystów terapeutów. Pomaga w ocenie pacjentów, którym może pomóc masażysta i takich, którzy wymagają bardziej zaawansowanej opieki, pacjentów po zabiegach chirurgicznych i różnych urazach. Przewodnik przedstawia wiele technik i sposobów rozpoznawania dolegliwości bólowych w dolnej części kręgosłupa. W rozdziale 7 techniki terapeutyczne są pogrupowane w zestawy łączące masaż z terapią manualną.

Wydawnictwo Medyczne α-medica-press

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



Atlas cytopatologii układu oddechowego

Joanna Domagała-Kulawik,

Włodzimierz T. Olszewski

Bielsko-Biała 2009, str. 112

Książka wypełnia lukę w zakresie badań cytologicznych płuc w Polsce. Adresowana do patologów, klinicystów i osób biorących udział w specjalistycznych szkoleniach w zakresie cytomorfologii klinicznej. Przedstawiany materiał pochodzi z Pracowni Cytologii w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Zakładu Patologii Centrum Onkologii Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.



Wakcynologia praktyczna

Dorota Mrożek-Budzyn

wyd. I. Bielsko-Biała 2009, str. 252

Informacje dotyczące uodpornienia czynnego czyli szczepienia, uodpornienia biernego i uodpornienia bierno-czynnego. Wszystkie niezbędne informacje do wykonywania szczepień i uzyskania odpowiedniego poziomu uodpornienia.

MedPharm Polska

53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 28-30, www.medpharm.pl

Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne

Mieczysław Uszyński

Wrocław 2009, str. 106

Autor, lekarz, dokonuje przeglądu wiedzy na temat dwu węzłowych zagadnień stresu: mechanizmów biomedycznych i powikłań klinicznych zależnych od stresu. W oddzielnym rozdziale omówiono antystres. Opracowanie przydatne dla studentów wszystkich kierunków nauk medycznych, socjologii i psychologii oraz dla pracowników dydaktycznych.



Jak zapobiegać zawałowi serca

i udarowi mózgu? Poradnik dla pacjentów

Helmut Wollschlaeger, Joerg Ruch

red. wyd. I pol. Witold Piotrowski

Wrocław 2009, str. 158

Celem książki jest przedstawienie czynników ryzyka występowania powikłań miażdżycy oraz zaprezentowanie zachowań łagodzących ich oddziaływanie: zmiany w diecie, tryb życia, podejście do codziennych problemów. Wskazówki rozwijające zalecenia lekarskie. Może również dostarczyć niezbędnej wiedzy personelowi medycznemu.



Onkologia. Niekonwencjonalne i wspomagające sposoby terapii – strategię terapeutyczne

Clemens Unger, Joachim Weis

wyd. I pol. pod red. Krzysztofa Kałwaka

Wrocław 2009, str. 196

Książka jest odpowiedzią na pytanie pacjenta: Panie doktorze, co mogę jeszcze zrobić? Ważną rolę odgrywa w chorobie aktywne współdziałanie pacjenta i własne zaangażowanie się pacjenta. Autorzy proponują jako metody uzupełniające leczenie: sport i ruch na świeżym powietrzu, zmianę diety, zmianę psychicznego podejścia do choroby, alternatywne środki lecznicze – odżywianie, szczegółowo omawiając ich zakres.



Neurofizjologia kliniczna dla neurorehabilitacji.

Podręcznik dla studentów

i absolwentów wydziałów fizjoterapii

Ryszard Kinalski

Wrocław 2009, str. 418

Kompedium wiedzy teoretycznej i praktycznej. Autor omawia kolejno wybrane zagadnienia dotyczące struktury i funkcji obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego, aparaturę i testy diagnostyczne umożliwiające kwantyfikację zaburzeń funkcji tych układów oraz zagadnienia interesujące klinicystów zajmujących się neurorehabilitacją, w tym fizjoterapią osób z uszkodzeniem mózgu i rdzenia kręgowego.



Termedia. Wydawnictwa Medyczne

61-614 Poznań, ul. Wenedów 9/1, tel./faks +48-61-822-77-81,
e-mail: termedia@termedia.pl, www.termedia.pl

Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej

Janusz Rybakowski

wyd. II Poznań 2009, str. 160, cena 48 zł

Autor przedstawia różne oblicza zaburzenia dwubiegunowego widzianego z perspektywy wieloletniego doświadczenia klinicznego i badawczego.



Diabetologia. Praktyczny poradnik

pod red. Krzysztofa Strojka

str. 196

Autorzy opracowania uświadamiają, że postępowanie z chorym na cukrzycę powinno mieć charakter interdyscyplinarny. Dla lekarzy rodzinnych, internistów i diabetologów, którzy mogą uzupełnić dotychczasową wiedzę.



Via Medica Sp. z o.o. sp.k.

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel. 058-320-94-94,
faks 058-320-94-60, e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl



Jak sobie radzić z chorobami tętnic?

Poradnik lekarza pierwszego kontaktu

pod red. Tomasza Zubilewicza i Piotra Terleckiego

Gdańsk 2009, str. 98

Podręcznik zwraca uwagę na ważną rolę lekarza pierwszego kontaktu w postępowaniu z pacjentem z podejrzeniem choroby układu tętniczego. Rozdział „Czerwone strony” dotyczy postępowania w stanach nagłych.



ABC EKG. Elektrokardiografia

nie tylko dla orłów.

Repetitorium dla studentów i stażystów

M. Magdalena Pierścińska,

Marta E. Starczewska

Gdańsk 2009, str. 204

Podręcznik jest odpowiedzią na zapotrzebowanie studentów na podręcznik do EKG napisany w najprostszym możliwym sposób, zrozumiale i przystępnie nawet dla tych, których nie interesuje interna.

Wydawnictwo Galaktyka Sp. z o.o.

90-562 Łódź, ul. Łąkowa 3/5, tel. +42-639-50-18, tel./faks 639-50-17,
e-mail: sekretariat@galaktyka.com.pl, www.galaktyka.com.pl



Chirurgia żył. Podręcznik dla chirurgów ogólnych, chirurgów naczyniowych, angiologów, dermatologów i flebologów

Wolfgang Hach, Jörg Dieter Groß,

Viola Hach-Wunderle, Michael Jünger

kons. nauk. do wyd. pol. prof. Mieczysław Szostek

t. 1, Łódź 2009, str. 206

Najnowsze informacje dotyczące fizjologii krążenia żylnego i znaczenia pompy nie tylko mięśni łydki, ale także stopy. Szeroko omówione zostało krążenie recyrulacyjne i jego wpływ na niewydolność żył układu głębokiego, a także wskazania do operacji metodą CHIVA, krosektomii, mini-flebektomii, skleroterapii, obliteracji systemem radiofrekwencji czy laserem z uwzględnieniem przeciwwskazań i odległych wyników.



Nowotwory skóry. Klinika, patologia, leczenie

kons. nauk. Eugeniusz Baran

red. nauk. Andrzej Bieniek, Maria Cisło

Alina Jankowska-Konsur

Łódź 2008, str. 254

Podręcznik skierowany do lekarzy rodzinnych, dermatologów, onkologów, chirurgów i histologów. Zawiera charakterystykę poszczególnych grup patologii, ich epidemiologię, podstawowe cechy obrazu klinicznego, sposoby skutecznej diagnostyki, metody postępowania terapeutycznego. Zamieszczone zdjęcia pomagają zweryfikować własne spostrzeżenia dotyczące oceny patologii obserwowanej u pacjenta. Obrazy histologiczne są uzupełnieniem charakteru zmiany. Obszerne piśmiennictwo przedmiotu.

Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o.

00-680 Warszawa, ul. Żurawia 47/49, e-mail: cedewu@cedewu.pl
tel. 022-396-15-03, faks 022-827-38-89.
Ekonomiczna Księgarnia Internetowa www.cedewu.pl



Promocja zdrowia dziś

i perspektywy jej rozwoju w Europie

Jerzy B. Karski

str. 140, cena 45,00 zł

W opracowaniu zebrano zasadnicze tendencje, programy i projekty do aktualnej realizacji i do realizacji w latach następnych. Niektóre programy sięgają 2012 i 2015 r.

Ekonomika szpitala.

Uwarunkowania, elementy, zasady

str. 254, cena 59,00 zł

Przewodnik, dla menedżerów, po meandrach ekonomiki współczesnego szpitala w gospodarce rynkowej. Ważnym rozdziałem jest analiza wpływu systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Polsce i na świecie na działania i strategię szpitali.



Ponadto nadesłano

Prawo pracy w ochronie zdrowia

Agnieszka Sieńko

seria: **Prawo Ochrony Zdrowia**

w Pytaniach i Odpowiedziach

Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, 01-231 Warszawa,

ul. Płocka 5a, tel. 022-535-80-72, 022-535-81-72,

www.wolterskluwer.pl; internet: profinfo@wolterskluwer.pl;

www.profinfo.pl; 022-535-80-78, str. 158, cena 43,00 zł

Książka, skierowana do kierowników i pracowników działów kadr i zleceniobiorców, ma ułatwić poruszanie się po najczęściej występujących problemach kadrowych zoz-ów (np. zatrudnienie, wynagrodzenie, czas pracy, urlop, świadczenia socjalne).



Przewodnik terapii przeciwdrobnoustrojowej

Sanforda 2009

Jay P. Sanford

wyd. 39, 3 pol., Kraków 2009, wyd.: **Polskie Towarzystwo**

Zakażeń Szpitalnych, 31-121 Kraków, ul. Czysta 18, tel.

012-633-00-60, faks 012-423-39-24, biuro@ptzs.org.pl,

www.ptzs.org.pl, str. 244, wyd. kieszonkowe.



Opracowania regionalne

Zeszyty Naukowe

Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego

Nr 14. Rok 2009 (28 poz. wyd. KTL zrealizowana przy udziale

środków budżetowych Miasta Kalisza), wyd.: **Kaliskie**

Towarzystwo Lekarskie, 62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79



Regionalizm, patriotyzm, europejskość.

Materiały pomocnicze do edukacji regionalnej i patriotycznej

pod red. Macieja Andrzeja Zarębskiego, Biblioteka

Świętokrzyska, Zagnańsk 2007, wyd.: **Świętokrzyskie**

Towarzystwo Regionalne, 26-050 Zagnańsk, ul. Gajowa 15,

tel. 0602-467-948, e-mail: m.zarebski@neostrada.pl



Ostatni z Szesnastu. Okruchy wspomnień

Wydano dla uczczenia pamięci Adama Bienia

w dziesiątą rocznicę śmierci.

Maciej Andrzej Zarębski

Biblioteka Świętokrzyska, Zagnańsk 2008



W cztery światła strony...

ze Stanisławem Szwarem-Bronikowskim

rozmawia Maciej Andrzej Zarębski

Biblioteka Staszewska, Staszów-Warszawa 2002



Wojciech Żukrowski

we wspomnieniach córki i przyjaciół

praca zbiorowa pod red. Macieja Andrzeja Zarębskiego

Biblioteka Świętokrzyska, Zagnańsk-Warszawa 2009



opr. md

Przepraszam Panią Monikę Bekiesińską-Figatowską za błędy w Jej nazwisku w prezentowanej na str. 48 „GL” nr 8-9/2009 publikacji pt. **Tomografia komputerowa głowy i kręgosłupa (md)**

Upamiętniam informację, że w „GL” nr 6-7/2009 na str. 38 w rubryce „Książki nadesłane” w wykazie wydawnictw **MediPage** zamieszczono broszurę pt. **Chłoniaki – chcę wiedzieć więcej, nie należąc do tego wydawnictwa**. Jest to publikacja **Roche Polska**. Za błąd przepraszam (md)