

11 2007

Gazeta
Lekarska
ISSN 0867-2146
Pismo Izd Lekarskich

Egzemplarz bezpłatny



**Kontrakty
stomatologiczne
na 2008 rok**

REKLAMA

REKLAMA



Worek kamieni

„Czwarta Rzeczpospolita przegrała bitwę, ale wygra wojnę”. W ten sposób Jarosław Kaczyński skomentował wyniki wyborów parlamentarnych.

Co gorsza, przegrała już nie z układem, ale z frontem, którego horyzont od głośnego zabójcy księdza po Donalda Tuska jednym tchem zakreślił premier. Analiza to tak osobliwa i powalająca, że ciągle próbuję ją rozgryźć. Życzę Jarosławowi Kaczyńskiemu, aby w zaciszu zbrojowni, szlifując na nowo wyszczerbiony oręż do ostatecznej rozprawy, znowu nie zapomniał o lekarzach i pielęgniarzach. Front wykształciuchów z nowego rządu też niech się nie cieszy, bo wraz z odprawieniem poprzedników nie zniknął żaden z problemów zawodowych lekarzy. Skandalicznie niskie wynagrodzenia, złe i niesprawiedliwe traktowanie, podsycanie roszczeń i napuszczanie społeczeństwa na lekarzy, podsłuchiwanie i apoteoza donosicielstwa, wreszcie ograniczanie rozwoju zawodowego lekarzom, którym czasem już tylko gołe ręce pozostały do walki z ludzkim cierpieniem i nieszczęściem – to tylko niektóre z najważniejszych spraw. Nowej władzy życzę odwagi i roztropności i obiecuję, że za 100 dni nasze łamy będą jak zawsze miejscem surowych recenzji nawet tego, co władza uzna sobie za sukces.

Tymczasem nieco więcej lektury przygotowaliśmy dla lekarzy dentystów. Czy postulaty środowiska stomatologicznego zostaną uwzględnione w kontraktach z NFZ? Jakie nowości przygotował Fundusz? Wracają dopłaty do świadczeń stomatologicznych i kontrakty na dzieci, do 6 godzin zwiększy się dzień pracy lekarza dentysty. Znowu punktowane będą windy, podjazdy i różne pochylnie, pomimo że lekarze często nie mają ani możliwości, ani pieniędzy na ich zainstalowanie. Andrzej Baszkowski, redaktor odpowiedzialny za blok „U stomatologów” spodziewa się, że w 2008 r. finansowo będzie lepiej, choć pewnie nie aż tak dobrze jak się zapowiadało.

Rośnie natężenie rozgoryczenia i finansowej frustracji lekarzy klinicznych. Ale dlaczego, pomimo takiej frustracji, niemal nikt ze szpitali klinicznych nie chce odchodzić, a na szpitalny etat wyczekują dziesiątki chętnych – rozważa o „Kłopotach lekarzy klinicznych” Szczepan Cofta z Poznania. Nie można nie dostrzegać, że praca w szpitalach klinicznych jest okazją do uzyskiwania różnych gratyfikacji. Obok roszczeń trzeba widzieć własne grzechy. Jakże? Przeczytajcie artykuł Sz. Cofty i napiszcie do nas.

Nie we wszystkim jesteśmy tacy bezsilni. Czasem uda nam się donośnie tupnąć nogą, tak jak podczas wrześniowej konferencji samorządów zawodów zaufania publicznego w Łodzi. Nasz głos może i musi liczyć się w debacie publicznej. „Wykształciuch” to już nie jest żartobliwy gryps, ale określenie, które dawno zatraciło swój pejoratywny wydźwięk i stało się czymś w rodzaju wspólnej płaszczyzny semantycznej dla intelektualistów zabierających głos publicznie oraz zwykłych ludzi, którzy zaczęli cokolwiek z tego rozumieć. Co więcej, były premier nazwał te samorzady „workiem kamieni”. Co lub kogo miał na myśli? Wyjaśnia Adriana Sikora w artykule „Dwa do jednego dla inteligencji”.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Dwa do jednego dla inteligencji	4-5
Okiem Prezesa	5
Kłopoty lekarzy klinicznych	6-8
Pierwszy europejski egzamin transplantologów	9
Wywiady lekarskie. Tradycja i nauka	10-11
Wypisy z myśli narodu	14-15
Wydawanie zamienników leków	16-17
Końca nie widać	19
U stomatologów	20-30
Medyczny Nobel 2007	32
Skąd się brali doktorzy	34-35
Lekarski sport	36-38
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	41
Książki nadesłane	42-43
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	44-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med.	61

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

www.kursy.portalmed.pl

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

Dwa do jednego dla inteligencji

Samorządy zawodowe udowodniły, że ich głos liczy się w debacie publicznej. Walka rządu z polską inteligencją stała się symbolem zagrożenia demokracji. Można śmiało powiedzieć, że to początek sukcesu.

Niewielu obywateli zwróciło uwagę na niewielki fragment exposé premiera Jarosława Kaczyńskiego: „Walka z korporacjami jest w tej chwili bezwzględnie koniecznością. Musimy ją prowadzić i będziemy ją prowadzić”. Głosy oburzenia, jakie wywołał, nie wydostały się z uchwalanych w tej sprawie stanowisk i apeli do przestrzeni komunikacji publicznej. Mało kto rozumie pojęcie subsydiarności, która jest jedną z najważniejszych cech ustrojowych państw demokratycznych. Problemy samorządów zawodowych są zbyt trudne i zawile dla opinii publicznej, żeby media poświęcały im na co dzień szczególną uwagę, chociaż mówić o nich trzeba i warto. W końcu jednak doczekały się należnego miejsca w debacie publicznej. Paradoksalnie przyczynił się do tego sam premier i jego urzędnicy. Zaczęło się od słynnych „wykszałciuchów” – pogardliwe określenie wobec przedstawicieli inteligencji rozpowszechnione przez Ludwika Dorna początkowo krążyło wśród dziennikarzy jako żartobliwy gryps, teraz na dobre zadomowiło się w potocznym języku. Używane najczęściej w pozytywnym kontekście, zatraciło pejoratywny wydźwięk i stało się czymś w rodzaju wspólnej płaszczyzny semantycznej dla intelektualistów zabierających głos publicznie oraz zwykłych ludzi, stanowiących większość wielomilionowej rzeszy odbiorców. Hasło „wykszał-



ciuchy” może się nie podobać, ale dzięki niemu społeczeństwo usłyszało o zamachach władzy na samorządność zawodową i zaczęło cokolwiek z tego rozumieć.

Następna „ofensywa” premiera podczas konwencji PiS w Lublinie odbiła się już szerokim echem. Porównania osób wykonujących najbardziej odpowiedzialne zawody i ich samorządy do „worka kamieni”, „anomalii”, populistyczne hasło „system korporacyjno-korupcyjny” były często komentowane – ale w kontekście kultury politycznej, a nie jak chciał autor, w odniesieniu do samorządów.

Wypowiedzi atakujące samorządy zawodowe nie są pustymi hasłami, nie-

są realne zagrożenia i nabierają realnych kształtów. Dlatego przedstawiciele władz samorządów nie porzestali na wyrazach sprzeciwu formułowanych na papierze, chociaż od tego musiało się zacząć. Pierwsze nieformalne spotkania prezesów samorządów w tej sprawie miały miejsce rok temu w Łodzi. Latem tego roku powstały dwa oficjalne stanowiska skierowane do władz państwowych: 16 lipca podpisane przez przedstawicieli władz łódzkich samorządów, 12 września wystosowane przez władze organów krajowych.

Punktem kulminacyjnym tych działań była konferencja samorządów zawodów zaufania publicznego, która odbyła się 29 września w Łodzi. Zgromadziła ponad 120 działaczy władz samorządowych z całej Polski. Prezesi izb lekarskich, adwokackich, weterynaryjnych, pielęgniarskich, architektów, radców prawnych i innych (reprezentanci w sumie 13 zawodów) omawiali zagrożenia dla samorządności zawodowej w Polsce – w wymiarze ogólnym oraz w odniesieniu do specyfiki i problemów poszczególnych zawodów. Mówiono o rządowych projektach ograniczenia kompetencji samorządów m.in. przez odebranie sądownictwa dyscyplinarnego, zniesienie obowiązkowej przynależności do izb, pozbawienie możliwości nadawania praw wykonywania zawodu, regulowanie cen usług przez aparat administracji państwowej. Prezesi uświadamiali nega-

tywny wpływ narzucania państwowych, ogólnych regulacji na poziom wykonywania zawodów zaufania publicznego, a więc na poziom specjalistycznych usług świadczonych dla społeczeństwa.

– Skutki widać wyraźnie tam, gdzie jeszcze to sterowanie się odbywa. Przykładem jest organizacja kształcenia specjalizacyjnego lekarzy, na którą samorząd lekarski nie ma żadnego wpływu – mówił dr Grzegorz Krzyżanowski, przewodniczący OIL w Łodzi. – Nasza opieka kończy się na stażu i egzaminie po tym stażu, dalej działa ministerstwo. Przydział miejsc specjalizacyjnych według państwowego rozdzielnika ogranicza dostęp lekarzy do wybranych specjalizacji i narzuca im wybór drogi zawodowej, a i tak nie ma odniesienia do realnego zapotrzebowania na poszczególnych specjalistów w regionie – podkreślał.

Atmosfera w trakcie obrad, początkowo neutralna, pod koniec przypominała ducha rewolucji. W wystąpieniach powtarzał się nadrzędny wniosek: podstawy demokracji w Polsce są zagrożone. Państwo po upadku komunizmu przekazało pieczę nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego w ręce samorządów zawodowych, teraz chce ją odebrać. Rząd lekceważy i poniża 600-tysięczną rzeszę wykształconych obywateli, zwalcza polską inteligencję. Stanowisko uchwalone podczas konferencji otwarcie stawia zarzuty: *Władza unika poważnej debaty z udziałem przedstawicieli samorządów zaufania publicznego, budując przy pomocy płytkiej i doraźnej propagandy nieprawdziwe wyobrażenia społeczne o ich funkcji i działaniach. Wszystko to czyni w sytuacji, gdy zawody zaufania publicznego same podejmują wyzwania czasu w pełnieniu swych funkcji (...)*

Działacze samorządowi już podczas konferencji wyrażali pesymistyczne przekonanie, że ich działania i tak nie odniosą żadnych efektów, a sama konferencja nie zostanie zauważona. Okazuje się, że nie jest tak źle. Temat pojawił się dwukrotnie w mediach ogólnopolskich. Pojawił się też w kampanii wyborczej. Liderzy wszystkich partii opozycyjnych wymieniali samorządność zawodową wśród głównych wartości, które trzeba chronić. Nawet w którymś spocie wyborczym „wykszałciuchy” zajmują miejsce po dobrej stronie mocy. I co najważniejsze: premier Kaczyński podczas wystąpienia na Uniwersytecie Śląskim 18 września „doprecyzował” znaczenie swojego porównania z workiem kamieni. Dwukrotnie i z naciskiem podkreślił, że worek kamieni to korupcja. Tylko korupcja, nic więcej. No i jak tu nie mówić o sukcesie?

tekst i fot. Adriana Sikora

Okiem Prezesa



W chwili, gdy piszę ten felieton, napływają kolejne wyniki z Państwowej Komisji Wyborczej. Wszystko wskazuje na to, że polska demokracja stanęła na wysokości zadania. Wysoka frekwencja zapewnia wybranym parlamentarzystom mocny mandat. Sądę, że już za kilka dni (pewnie zanim ten numer „Gazety” trafi do Czytelnika) będziemy mieć nową większość parlamentarną i poznamy skład nowego rządu. To chwila, w której wszyscy z większym optymizmem patrzą w przyszłość. Zwłaszcza, że punkt startowy jest naprawdę dobry. Polska jest silnym partnerem w Unii Europejskiej. Polska demokracja ma się dobrze. Polska gospodarka rozwija się w zawrotnym tempie. Mamy przed sobą naprawdę duże szanse, aby, jak nigdy dotąd, liczyć na dalsze sukcesy i że nasza Ojczyzna stanie się naprawdę nowoczesnym i zamożnym krajem Zachodu.

Już od kilkunastu lat Polska zmienia się na lepsze, a nastroje Polaków zwyżkują. Jest jednak obszar życia społeczno-gospodarczego, który ciągle budzi powszechne narzekanie. System ochrony zdrowia jest jak dotąd obiektem frustracji społecznej i powszechnego niezadowolenia środowisk medycznych. Czy jest szansa na likwidację przyczyn tego zjawiska? Czy nowy rząd zdecyduje się na przeprowadzenie zmian, na które zasługują już nie tylko polscy pacjenci i pracownicy placówek opieki zdrowotnej, ale które są po prostu konieczne do tego, aby Polska mogła być zaliczana pod względem organizacji ochrony zdrowia do grona nowoczesnych państw europejskich?

Środowisko lekarskie od lat zwraca uwagę przede wszystkim na permanentne niedofinansowanie systemu, które jest podstawową przyczyną jego niewydolności i problemów z wywiązaniem się państwa z zobowiązań w stosunku do obywateli (kolejki do świadczeń zdrowotnych, niedostępność niektórych drogich świadczeń i leków), pracowników (skandalicznie niskie zarobki, złe warunki pracy), a nawet dostawców (zadłużenie placówek w stosunku do producentów leków i sprzętu medycznego). W sytuacji przeznaczania na ochronę zdrowia znikomego odsetka środków publicznych i finansowania jej w Polsce na poziomie kilkakrotnie niższym niż w większości krajów sąsiednich, z jednoczesnym osiąganiem porównywalnych wskaźników zdrowotnych, mówienie o niegospodarności czy wręcz marnotrawstwie w systemie jest po prostu nie na miejscu. Polska musi w najbliższym czasie przeznaczać na ochronę zdrowia środki publiczne wysokości nie mniej niż 6% PKB, a to znaczy o około 20 mld zł rocznie więcej niż obecnie. Należy także w większym niż dotychczas stopniu dostrzec możliwości indywidualnej odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie w postaci współpłacenia za świadczenia zdrowotne. Obywatele bogacącego się kraju powinni mieć także więcej możliwości wyboru. Trzeba jak najszybciej doprowadzić do umożliwienia konkurencji w zakresie powszechnego i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zastępując Narodowy Fundusz Zdrowia zabiegającymi o obywateli ubezpieczalnikami. Także możliwość wyboru świadczeniodawcy powinna być po stronie pacjenta, a nie urzędników – należy zasadę konkursu ofert zmienić na dopuszczenie do udzielania świadczeń przez wszystkich uprawnionych świadczeniodawców. Nie sposób wyobrazić sobie dalsze funkcjonowanie systemu bez precyzyjnego określenia zakresu i warunków udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Musi być to jednak dostosowane do możliwości finansowych systemu. I wreszcie środowiska medyczne, a przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści niezwłocznie muszą otrzymać gwarancje (krótkiej) drogi dochodzenia do godnych wynagrodzeń dla wszystkich zatrudnionych w systemie.

Czy nowy Minister Zdrowia, Rząd i Parlament znajdą w sobie tyle odwagi i determinacji do przygotowania, uchwalenia i realizacji takich zmian? Samorząd lekarski na pewno poprze każdą z rozsądnych propozycji, a dopuszczony do współdecydowania jest także gotowy do wzięcia części odpowiedzialności za ich przeprowadzenie.



Kłopoty lekarzy klinicznych

Szczepan Cofa

Gdy toczyły się w ostatnich tygodniach i miesiącach akcje strajkowe, pytano mnie wielokrotnie o sytuację lekarzy w szpitalu klinicznym. Odpowiedzią moją było ukazanie rozwarstwienia naszego grona oraz niezupełnie zbieżnych interesów nas motywujących.

To sprawia, że dość trudno byłoby w szpitalu klinicznym zjednoczyć się w sposób zdecydowany i bezkompromisowy dla radykalnej zmiany lekarskiej sytuacji. Nie było zbyt dużo szpitali klinicznych, w których mieliśmy do czynienia ze strajkami. Łatwiej o ich zorganizowanie w szpitalach, w których koledzy czują się niezastąpieni w swoim regionie, a ponadto często przepracowani ponad wszelkie przyzwoite miary ze zdecydowaną degustacją finansową. W tym względzie przewodzą na pewno lekarze szpitali powiatowych, a w drugiej kolejności wojewódzkich; szczególnie tam, gdzie są nieelegancko traktowani przez swoich pracodawców.

Finansowo sfrustrowani

Należy zdawać sobie jednak sprawę z natężenia rozgoryczenia i niecierpliwości, które dotyczą części lekarzy szpitali klinicznych. Choć – trzeba przyznać – są bardzo różne w różnych jednostkach.

Pominąć zasadniczo zamierzam sprawę rezydentów i stażystów, gdyż ich los finansowy jest uzależniony od decyzji podejmowanych na ministerialnych szczeblach. Nie należy jednak zapomnieć, że warto wstawiać się w ich imieniu, a także – w ramach struktur wewnętrznych – w miarę naszych możliwości ofiarować im jako szpital dobre i godziwe warunki nauki i pracy dowodząc, że w zawodzie lekarskim nadal jesteśmy w stanie wznosić się ku relacjom mistrz – uczeń w całej szlachetności tych relacji. Wspominam o tym, gdyż zdarzają się szczególne zaniechania w tym względzie.

Wiemy, jak niedoskonały jest sposób wynagradzania lekarzy w zdecydowanej większości szpitali klinicznych. Oczywiście są żenujące zarobki, które jednak – jak powinniśmy to pamiętać – były takie zasadniczo zawsze. Znamy fakt wypominania melanzu zatrudnienia akademickiego z suplementem szpitalnym, które budzi frustrację. Medyczna akademickość kliniczna zakłada dorbabianie szpitalne; jałmużna szpitalna zakłada zabezpieczenie finansowe akade-

mickie. Szczerze przyznając nie wiem, czy bez likwidacji tego dualizmu (którego skutkiem między innymi jest rozmycie się odpowiedzialności za akademickie pensje lekarskie) uda się doprowadzić do jakiegokolwiek radykalnej ekonomicznej poprawy.

Powstaje jednak pytanie, dlaczego – mimo takiej frustracji – jest zasadniczo (poza kilkoma specjalnościami) zapewniona pełna opieka lekarska i jest ona w szpitalu klinicznym tak zaszczytna, że: – po pierwsze, niemalże nikt z tego szpitala nie chce odchodzić, – po drugie, wyczekują na szpitalny etat dziesiątki chętnych. Istnieją oddziały kliniczne, w których etatowość lekarska – można uznać, że jest wielokrotniona w stosunku do rzeczywistych potrzeb wynikających z konieczności świadczenia usług zdrowotnych; tę nadwyżkę warto – mimo wszystko – traktować jako swego rodzaju szansę na przyszłość, choć z punktu widzenia ekonomii samej w sobie budzi to poważne wątpliwości; są też oddziały o rozsądnym zatrudnieniu lekarskim, w których dochodzi nawet do blokowania zwiększania etatów mimo rzeczywistych potrzeb w tym względzie (dotyczy to kilku specjalności).

Ekwiwalenty

Kluczem do odpowiedzi jest pewnie to, że w gronie lekarzy klinicznych tylko jedna z kilku motywacji jest motywacją finansowa. Jest to ważny dowód w obronie prestiżu naszego zawodu jako posłannictwa szczególnego zaufania.

Nie można jednak przemilczeć, że praca w szpitalach klinicznych jest ponadto okazją i warunkiem do uzyskiwania innych gratyfikacji finansowych. Są one zróżnicowane w zależności od miejsca w hierarchii szpitalnej, specjalności, predyspozycji osobowych i charakteru działalności klinicznej. Wśród nich trzeba wymienić:

- możliwość prowadzenia własnej działalności specjalistycznej w innych podmiotach, szczególnie tych, dla których osoby wykonujące wysokospecjali-

styczne procedury są szansą na wypełnienie wymagań kontraktów; lekarze mają szansę być finansowo wówczas o wiele lepiej traktowani niż w swym macierzystym szpitalu,

- możliwość uczestniczenia w firmowych badaniach klinicznych (w oddziałach większości specjalności), których obecna forma jest związana z minimum prawnego umocowania i zasadniczo zanurzona jest w szarej strefie jeszcze niecywilizowanych rozwiązań funkcjonujących w naszym kraju (naruszenie konsensusu w tym względzie wymagałoby rozważenia gwarantującej właściwe finansowanie personelu lekarskiego),
- możliwość rekompensat i bonusów wynikających z relacji z firmami farmaceutycznymi,
- u lekarzy większości specjalności przy odpowiednich predyspozycjach osobowych możliwość prowadzenia prywatnej praktyki lekarskiej,
- w sytuacjach niegodnych zawodu lekarza może zaistnieć pokusa oczekiwania dodatkowych nieuprawnionych gratyfikacji od pacjentów.

Powyższe wiążą się z ekwiwalentami łagodzącymi niedomogi szpitalnej satysfakcji finansowej, łagodzą nastroje i zmniejszają determinację do wprowadzania zmian. Ryzykowałbym twierdzenie, że za wprowadzeniem radykalnych zmian finansowania opowiadałoby się niewiele osób stojących najwyżej w hierarchii szpitalnej, zasadniczo niewielu spośród lekarzy z ugruntowaną działalnością specjalistyczną. Nie może to jednak zadowalać i mimo tego obligacją jest poszukiwanie dróg wyjścia związanego z poprawą lekarskiego finansowania.

Poszukiwanie rozwiązań

Powstaje pytanie, czy poprawa możliwa jest przy zastosowaniu rozwiązań wewnątrzszpitalnych, czy też wymaga korzystnych uregulowań zewnętrznych. Przecież wędruje ku naszym szpitalom klinicznym wielki strumień pieniędzy: budżet ich w ciągu ostatnich kilku lat uległ

gdzieniegdzie i podwojeniu bądź potrojeniu. Wypada jednak wyraźnie wypowiedzieć, że zdecydowanie największa część przyznanych suplementarnych środków przeznaczona została na wysokospecjalistyczne procedury, w które szpitale kliniczne obfitują. Wiele pojedynczych procedur ofiarowanych naszym pacjentom ma wartość wielokrotności naszych rocznych uposażeń. To świadczy mimo wszystko dobrze o zabezpieczeniu bezpieczeństwa zdrowotnego.

Dysponujemy dużymi możliwościami, a nawet indywidualni lekarze są w sposób często niemalże niekontrolowany dysponentami ogromnych sum pieniężnych, które na przykład w strukturach samorządowych byłyby rozpatrywane i prześwietlane dogłębnie przez szacowne gremia decydentów. Dramatem jest, że zwiększanie sum na wykonywanie procedur nie zakłada w sobie zwiększania kosztów pracy.

Warto odpowiedzieć formy, jakie byłyby możliwe przy ewentualnie sugerowanych zmianach. W wielu szpitalach klinicznych poszukuje się – choćby prowizorycznych – rozwiązań. Podstawową formą może być przejście na kontrakt. Trzeba jednak zaznaczyć, jakie muszą być kryteria spełnione przy rozważaniu takiego rozwiązania:

- wybór kontraktu uniemożliwia jakąkolwiek inną formę związania ze szpitalem (pracodawca ze swym pracownikiem może być związany tylko jedną formą sposobu wykonywanej pracy w tym samym charakterze),
- nieodzowna jest zgoda kierownika jednostki (sam kierownik nie może być zatrudniony na kontrakcie),
- działalność podlegająca kontraktowaniu nie może przynosić straty; to znaczy do kontraktu pracodawca nie może dokładać z innej działalności,
- formie kontraktu zasadniczo nie mogą podlegać lekarze szkolący się; może dotyczyć zasadniczo personelu specjalistycznego.

Jeśli spełnione byłyby wszystkie powyższe wymogi zasadniczo dyrekcja nie powinna widzieć żadnych przeszkód w przejściu na tę formę działalności, która sama w sobie wiąże się z około trzydziestoprocentowym zyskiem pracownika; stwarza natomiast na przyszłość otwarte pole do negocjacji w zależności m. in. od wyniku finansowego.

Na marginesie muszę zaznaczyć, że w przypadku rozważania przejścia na działalność kontraktową bardzo częsty jest lęk i niepewność skuteczności działania jakoby na własną rękę, w ramach swej działalności gospodarczej.

dokończenie na str. 8

Kłopoty lekarzy klinicznych

dokończenie ze str. 7

Ponadto trudnością jest wynik finansowy wielu jednostek, w których lekarze wkładają ogrom pracy i serca w swoje działania. Okazuje się, że albo procedury ich dziedzin są niedoszacowane (co może być m.in. skutkiem małego zainteresowania i przebojowości samych specjalistów – w tym na szczeblu krajowym), albo uwikłana struktura zatrudnienia czy ekstensywny sposób działania danej jednostki uniemożliwia jakiegokolwiek ekonomicznie skuteczne zmiany.

Ku rozwiązaniom motywacyjnym

Warto zaznaczyć, że podstawą każdej rozsądnej zmiany finansowania lekarzy w szpitalu klinicznym powinno być określenie liczby wykonanych procedur oraz związanych z nimi odpowiedzialności. Wszelkie ruchy finansowe bez dokonania próby tzw. wartościowania pra-

cy będą działaniem niedojrzałym, nieskutecznym i prowadzącym do jeszcze większej frustracji. Proszę przyrzeć się szpitalom amerykańskim czy większości europejskich: każdy lekarz musi w nich określać na przykład liczbę miesięcznie wykonanych procedur. Bez tego nie można dokonać żadnych logicznych ruchów systemowych. Dziwi, że prowadzone próby wprowadzenia działań określających rozmiar wykonanej pracy muszą boleśnie torować sobie rację bytu. Wy tłumaczyć tę niechęć można jedynie niewiarą w możliwość dokonania zmian.

Wyczuwam, że bez wprowadzania systemu wynagradzania lekarzy klinicznych niemożliwe będzie już w najbliższym czasie skuteczne funkcjonowanie chociażby części przyklinicznych poradni. Niesłusznie często traktowane są one jako swego rodzaju działalność dodatkowa, dla wielu jako kula u nogi. Warto uświadomić, że w obliczu redukcji liczby procedur wykonywanych w ramach hospitalizacji działalność ambulatoryjna niesie ze sobą istotne – często nowe – wyzwania i wymaga dowartościowania, szczególnie w tych obszarach, w których lekarze nie dostrzegają rangi tej działalności. Staje się w ten sposób integralną częścią działalności klinicznej szpitala.

Wypada więc wyrazić w sposób zdecydowany, że wątpliwe będzie skuteczne funkcjonowanie personelu lekarskiego bez zapewnienia chociażby podstaw motywacyjnego systemu wynagradzania. Jego zręby powinny być budowane przy ścisłej współpracy administracji i personelu medycznego.

Pozostają – nie ukrywam – nierozstrzygnięte uwarunkowania zewnętrzne. Nie ma tu łatwych odpowiedzi.

Pierwszym problemem jest istnienie ustawy o negocjacyjnym kształtowaniu płac uniemożliwiającej dyrektorom podnoszenie zarobków ponad niewielki, kilkuprocentowy, przewidziany ustawowo wskaźnik. Dyrektor przekraczając ten wskaźnik może być pociągnięty do odpowiedzialności za złamanie dyscypliny budżetowej. Nie wiadomo w chwili obecnej, co zrobić z tym dramatycznie sztywnym przepisem uniemożliwiającym drastyczne podwyżki zarobków. Drugim jest wymóg ustawowy uzgadniania modyfikacji zarobków ze związkami zawodowymi. Nie jest tajemnicą, że w wielu klinicznych środowiskach szpitalnych lecarskie związki zawodowe mają minimalną siłę przebicia wśród związków zdominowanych przez inne grupy zawodowe.

Trzecim wydaje się być kontekst szpitala klinicznego, którego wybrane niu-

anse zostały powyżej delikatnie zarysowane. Wymagałyby one osobnego omówienia.

Obok roszczeń grzechy

Trudno oddzielać jednak sprawę finansowych kłopotów (roszczeń) lekarzy akademickich od naszych własnych zaniedbań, które rzutują na skuteczność spełnienia aspiracji. Niskie zarobki skutkują traktowaniem przez lekarzy ich szpitali klinicznych w sposób administracyjnie nonszalancki, co wyraża się chociażby w braku staranności w dokonywaniu procedur administracyjnych i sprawozdawczych, a także uniemożliwianie jakichkolwiek zmian organizacyjnych i podnoszących jakość udzielanych świadczeń. Szczątkowa jest w wielu miejscach dyscyplina i odpowiedzialność za los szpitala (a nawet świadomość wagi tej odpowiedzialności). Dlatego niektórzy bywają bardzo zaskoczeni na przykład – na razie bardzo epizodycznymi – zastrzeżeniami płatnika, który jest w stanie wskazać uchybienia niestarannie prowadzonej dokumentacji medycznej czy innych wymagań kontraktu, czy też roszczeniami pacjentów wynikającymi z braków naszej należytej staranności. To są podstawowe grzechy naszej lekarskiej klinicznej rzeczywistości.

*

Czas pokaże, na ile powyższe uwarunkowania będą uniemożliwiały radykalną poprawę sytuacji ekonomicznej lekarzy szpitali klinicznych. Warto podjąć krytyczną i twórczą analizę w kontekście wewnętrznych – od nas zależnych – uwarunkowań.

A ponadto włączyć się w nurt działań szerszych, aby być może w sposób roztropny i z zachowaniem mimo wszystko wartości naszej szczególnej lekarskiej misji – związanej z wyjątkowym posłannictwem i zaufaniem społecznym – prowadzić ku zmianom, które stają się wyzwaniem czasu.

Jeśli można znaczące środki przeznaczyć na tak wiele procedur medycznych tak kosztochłonnych, jeśli wokół nas specjaliści branż także przynależnych do służby publicznej gratyfikowani są w sposób rażąco wyższy od naszego, to mamy prawo – przy obecnym stopniu możliwości naszego społeczeństwa – domagać się uczciwego traktowania.

Szczepan Cofa

Autor jest adiunktem Kliniki Ftyzjopneumonologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego oraz naczelnym lekarzem Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.

Egzaminy transplantologów

Pierwszy europejski

Lekarzy z Europy chcących szkolić się w chirurgii transplantacyjnej od zeszłego roku obowiązuje jednolity program specjalizacji.

Standardy ich edukacji ustaliła Europejska Rada Chirurgii, a ściślej mówiąc jej sekcja ds. transplantacji, złożona z przedstawicieli krajów Unii. Co ważne dla nas, europejski program nauczania został oparty na polskim, obowiązującym u nas już od 4 lat.

We wrześniu tego roku międzynarodowa komisja po raz pierwszy oceniała wiedzę przyszłych chirurgów – transplantologów. Egzamin odbył się w Pradze podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. „Dopuszczono” do niego 17 osób z krajów UE, i nie tylko – m.in. z Polski, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii, Arabii Saudyjskiej. Warunkiem kwalifikacji była m.in. specjalizacja z chirurgii ogólnej lub urologii, określony czas szkolenia w dziedzinie transplantologii, wykonanie odpowiedniej liczby przeszczepień narządów. Egzamin był teoretyczny, a umiejętności praktyczne kandydata oceniano na podstawie dostarczonej książki operacyjnej i liczby wykonanych zabiegów.

Zdawano w czterech modułach do wyboru: pobieranie narządów, przeszczepianie trzustki, przeszczepianie nerek i przeszczepianie wątroby. Znaczna część lekarzy decydowała się przystąpić do każdego z nich. W sumie, przed komisjami złożonymi z przedstawicieli europejskiej sekcji ds. transplantacji, pod przewodnictwem Wolfa Bechsteina, kierownika Kliniki Chirurgii Transplantacyjnej z Frankfurtu nad Menem, złożono 48 egzaminów. Osiem zakończyło się porażką. Nie wszyscy musieli do egzaminu przystępować. Kilku osobom, m.in. lekarzowi z Polski, posiadany dorobek transplantacyjny uznano za równoważny z egzaminem.

– Poziom był bardzo zróżnicowany. – mówi prof. Zbigniew Włodarczyk, przedstawiciel Polski w europejskiej sekcji transplantacyjnej, kierownik Kliniki Transplantacji z Bydgoszczy. – Z wielką przyjemnością mogę stwierdzić, że spośród kandydatów egzaminowanych przez moją komisję najlepiej przygotowany był Polak. To nie tylko moja opinia!

Ten Polak to dr Tomasz Kruszyna z Krakowa. Zresztą drugi nasz rodak także wypadł doskonale. Obydwu złożono specjalne gratulacje.

– To zasługa naszego programu specjalizacji, który przyjęliśmy jako pierwszy w Europie. Jest naprawdę modelowy. Wiedza, której wymagamy u nas, przekracza nawet tę konieczną do uzyskania europejskiego certyfikatu – tłumaczy dobre przygotowanie Polaków prof. Włodarczyk. – Tymczasem część kolegów z innych krajów, zwłaszcza z Wielkiej Brytanii ogranicza swoje umiejętności tylko do chirurgii transplantacyjnej, ogólną wiedzę transplantologiczną pozostawiając nefrologom albo współpracującym konsultantom. Nie jest to dobre. Transplantologia to nie krawiectwo, ale cała wiedza związana z bezpiecznym przygotowaniem pacjenta do przeszczepienia i jego dobrym prowadzeniem po zabiegu.

Następny europejski egzamin z chirurgii transplantacyjnej odbędzie się w lutym przyszłego roku podczas Kongresu Immunosupresyjnego w Berlinie.

Informacje dla tych, którzy chcą do niego przystąpić są dostępne na stronie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Agnieszka Banach

U lekarzy w Chicago

Kardiolog rodem z Poronina **Bronisław Orawiec** będzie przez najbliższe dwa lata przewodniczył Związkowi Lekarzy Polskich w Chicago.

Do Zarządu wybrano: wiceprezesów Ewę Radwańską i Dorotę Anasińską. Skarbnikiem został Tomasz Grobelny, a sekretarzem Ewa Kiljańska-Buch. W Zarządzie pracować będą również: Eva Bloda, Stanisław Bryjak, Janusz Dańko, Kornelia Król, Teresa D. Migielska, Marek Rudnicki. Komisję Rewizyjną tworzą: Henryk Roztoczyński, Anna Gopaniuk, Teresa Majka Kravets, a Sąd Koleżeński: Krzysztof Kubik, Józef Mazurek, Genowefa Grochowska. Więcej informacji w Internecie: www.zlpchicago.org

ms

Tradycja i nauka

Krzysztof Schreyer

Pod koniec lat sześćdziesiątych, kiedy byłem bardzo młodym lekarzem, wśród wielu pochłanianych przeze mnie z zapalem informacji znalazło się kilka, które zaintrygowały mnie szczególnie, zmuszając wielokrotnie do zastanowienia podczas dalszej, długoletniej przygody z medycyną.

Jedną z nich była konkluzja badań przeprowadzonych w pewnym dobrym, zachodnim ośrodku akademickim. Przeanalizowano historie chorób hospitalizowanych tam pacjentów. Na podstawie tej analizy stwierdzono, że do postawienia prawidłowego rozpoznania końcowego wystarczyło dobre zebranie wywiadów aż u 66 na 80 przebadanych chorych. U 7 pacjentów do postawienia ostatecznego rozpoznania potrzebne było jeszcze badanie fizykalne. Tak więc rozpoznanie ostateczne było identyczne ze wstępnym u 73 pacjentów na 80 przebadanych. U pozostałych chorych, a więc u zaledwie 7, do postawienia rozpoznania ostatecznego konieczne były badania laboratoryjne. Inaczej mówiąc badania laboratoryjne przyczyniły się do prawidłowego postawienia rozpoznania końcowego u niecałych 9 procent hospitalizowanych. W chwili obecnej nie potrafiłbym podać ani ośrodka, ani dokonać krytycznej oceny tej pracy. Nie ma to jednak istotnego znaczenia.

Wniosek z przytoczonego badania nasuwa się sam, sugerując ogromne znaczenie wywiadów lekarskich. Studenci przyjmują tę prawdę na wiarę, ale już jako młodzi oszołomieni technologią medyczną lekarze chętnie o niej zapominają. Dla wielu lekarzy starszego pokolenia jest to prawda banalna, o której nie warto dyskutować. Ale nawet oni, zapytani, jak w rzeczywistości zbierają wywiady, dadzą różne odpowiedzi i na ogół nie będą potrafili wy-

jaśnić teoretycznych podstaw swego postępowania.

Na sposób zbierania wywiadów lekarskich wpływa bowiem przekazywana tradycja i własne doświadczenie, natomiast niezmiennie rzadko teoria, w szczególności nauka o sprawnym działaniu. Dlatego odpowiedzi na nasze pytanie zależeć będą od miejsca, w którym lekarze przeszli swój pierwszy medyczny trening, oraz od dalszych osobistych doświadczeń i od charakteru pracy.

A jak to wygląda od strony teoretycznej?

Wywiady lekarskie dzieli się na układowe i problemowe.

Przy *układowym*, czyli klasycznym zbieraniu wywiadów, pacjentowi zadaje się kolejne, szczegółowe pytania o dolegliwości z wszystkich układów, a więc krążenia, oddechowego, pokarmowego itd.

Jest to proces żmudny, więc studenci i młodzi lekarze ucząc się układowego zbierania wywiadów posługują się różnymi ściągami; istnieje nawet program komputerowy, wymuszający zadawanie odpowiednich pytań i wypełnianie miejsc na odpowiedzi. Jednak w codziennej praktyce lekarskiej, szczególnie w przeciążonych pracą oddziałach, rzadko dochodzi do rzeczywiście prawidłowego zbierania wywiadów systemowych. Jest to zjawisko dość powszechne, a więc czy lekarze nie dorastają do wymogów tej metody, czy może metoda nie jest tak znakomita?

Ciekawe, że w akademiach medycznych ucząc badania podmiotowego nie wspomina się o jego teorii. Jakie argumenty (poza tradycją) przytaczają zwolennicy zbierania wywiadów w sposób układowy? Na podstawie piśmiennictwa można wymienić następujące:

1. Zakłada się, że pacjent sam może nie wspomnieć o ważnych objawach, albo nie zdając sobie sprawy z ich wagi, albo ze wstydu, albo z powodu zwykłych braków pamięci. Tymczasem, zadając usystematyzowane pytania można wykryć niespodziewane schorzenie.
2. Zakłada się, że nawet najsubtelniejsze dolegliwości mają swoją wagę.
3. Uważa się, że pomaga to w nauce kojarzenia dolegliwości z poszczególnymi układami.

O innych, ubocznych zaletach wspomnę później.

Jednak w piśmiennictwie przeważają opinie krytyczne, kwestionujące układowe zbieranie wywiadów.

Niektórzy badacze twierdzą, że znalezienie w ten sposób niespodziewanej choroby jest w istocie wydarzeniem niezmiennie rzadkim.

Inni podkreślają, że taki sposób zbierania wywiadów powoduje nieuzasadnione przekonanie o czułości i swoistości poszczególnych dolegliwości. Tymczasem, jak wiemy, wywiady zbierane u tego samego chorego przez dwie osoby w różnym czasie mogą się znacznie różnić.

Najpoważniejszy zarzut głosi, że wywiady układowe zamiast pomagać

w rozpoznaniu, na ogół przeszkadzają w procesie dochodzenia do rozpoznania, zwłaszcza jeśli posługują się nimi lekarze niedoświadczeni. Często przeszkadzają one w próbie jasnego określenia problemu. Wielki zbiór danych przeszkadza w przeprowadzeniu prawidłowego klinicznego rozumowania. Jeden z badaczy stwierdził, że błąd diagnostyczny jest częściej wynikiem nieprawidłowego posługiwania się dużą liczbą danych niż wynikiem ich złego zbierania.

Wreszcie, argumentem może nie naukowym, ale jednak trudnym do zlekceważenia, jest ten, że doświadczeni klinicyści w swojej codziennej pracy nie przestrzegają zasady dokładnego, układowego zbierania wywiadów.

Wspomina się o jeszcze innej, niedobrej stronie zbyt szczegółowego badania podmiotowego. Męczy ono i badającego, i pacjenta. Wright i Macadam analizując i wymieniając przeszkody w dobrym porozumiewaniu się między lekarzem i pacjentem jako jedną z nich wymieniali sztywne zbieranie wywiadów według klasycznych reguł.

Odpowiedzią na ułomności układowego zbierania wywiadów jest zbieranie wywiadów, które nazwano *problemowym*.

Intuicyjnie rozumiemy, na czym ono polega i najprawdopodobniej stosujemy je w praktyce. Otóż stawiamy hipotezę i szukamy istotnych danych, które tę hipotezę potwierdzają lub obalają. Zasadniczo obowiązuje zasada ekonomii, czyli oszczędności środków w dążeniu do celu.

I rzeczywiście, kto w ambulatorium stawia pytania w sposób mechaniczny, według ustalonego schematu?

Z drugiej strony, wcale to nie oznacza, że doświadczony klinicysta unika zadawania szczegółowych pytań. Czasem wypytuje bardzo wnikliwie, ale tylko o to, co służy rozwiązaniu problemu. Ta ekonomia wysiłku przypomina trochę metodę stosowaną w grze w dwadzieścia pytań, w której wygrywa ten, kto odnajduje poszukiwane pojęcie, czy rzecz, zadając ich jak najmniej.

Teoria problemowego zbierania wywiadów oparta jest na osiągnięciach nauki o podejmowaniu decyzji, na teorii prawdopodobieństwa i teorii poznania. Jednak teorie te mają niewielki wpływ na uczenie lekarzy ze względu na swój matematyczny język. Czy ktoś z nas, „zwykłych” lekarzy, słyszał o polu problemowym Newella i Simona?

Natomiast zasady stawiania hipotezy i dążenie do rozwiązania problemu w sposób ekonomiczny są dla wszystkich zrozumiałe.

Ale tu wylania się nowy problem. Uczenie prawidłowego stosowania tej metody wcale nie jest łatwe.

Dla przykładu, wyzbycie się rutyny układowego zbierania wywiadów powoduje niebezpieczeństwo zbyt wczesnego ograniczenia się do postawionej wcześniej hipotezy roboczej. Szczególnie łatwo mogą wpaść w tę pułapkę niedoświadczeni lekarze. Do postawienia prawdopodobnej hipotezy potrzebna jest bowiem wiedza, między innymi właśnie usystematyzowana wiedza o przyczynach i wadze objawów.

Po latach praktyki lekarskiej, w tym po kilkunastoletnim kierowaniu dużym oddziałem chorób wewnętrznych, opowiadam się zdecydowanie za łączeniem obu metod. Sądzę, że na początku naszej medycznej drogi powinniśmy jednak przejść mękę układowego zbierania wywiadów. Pomaga to zdecydowanie w wykształceniu dobrych nawyków, chroniąc przed myślowym chaosem.

Wprawdzie wspomniałem, że doświadczeni klinicyści nie przestrzegają w pełni zasady pełnego zbierania wywiadów układowych, to jednak bardzo często stosują tę metodę w formie zredukowanej, co w niektórych przypadkach umożliwia jednak wykrywanie nie zgłaszanych przez pacjenta patologii.

Wracając do pracy, która wykazała, że w dobrym ośrodku badanie podmiotowe i przedmiotowe, czyli wywiady i badanie fizykalne wystarczały do prawidłowego postawienia rozpoznania u ok. 90% hospitalizowanych chorych, nie chcę twierdzić, że ten rzeczywiście zaskakujący rezultat można by uzyskać w każdym szpitalu, i to nie tylko ze względu na przykładanie zbyt małej uwagi do tego fragmentu lekarskiego postępowania, ale z wielu innych, różnorodnych powodów. Niemniej wykazana ogólna prawidłowość jest uderzająca i zapewne powszechna. Wywiady są rzeczywiście niezmiennie ważne, a umiejętność ich zbierania, łącznie z uważnym badaniem fizykalnym, może również dać bardzo wymierne korzyści.

Współczesna technika wabi nas rozlicznymi możliwościami, a więc łatwo jest nie doceniać jakże tanich i wydajnych technik podstawowych, wykorzystujących tylko wiedzę, umiejętności i... myślenie.

Może warto trochę lepiej uzmysłowić sobie wagę tego, co robimy w codziennej praktyce i zastanowić się, czy narzędziem wywiadów lekarskich można posługiwać się bardziej świadomie, a więc zapewne wydajniej, niż tylko intuicyjnie i rutynowo. Kieruję nieśmiało te słowa przede wszystkim do nauczycieli akademickich.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Trudne rozmowy

Relacja lekarza z pacjentem nieuleczalnie chorym należy do najtrudniejszych sytuacji w praktyce medyka.

Jak przekazać diagnozę, która zmienia całkowicie życie drugiego człowieka? Jak uznać fakt, że medycyna, której się zawierza z racji uprawianego zawodu i wykształcenia, przynosi porażkę? Trzeba się zmierzyć nie tylko z bezradnością wobec nieuchronnego postępu choroby pacjenta, ale również z własnym lękiem przed śmiercią i umieraniem. W dodatku nie ma jasnych zasad postępowania, które pasowałyby do wszystkich chorych, nie ma systemu szkoleń w zakresie komunikacji lekarz-pacjent, nie ma profesjonalnego wsparcia dla lekarzy. W najtrudniejszych sytuacjach lekarz skazany jest na własne „wycucie”, kluczowa staje się jego inteligencja emocjonalna, intuicyjne rozpoznanie faktycznych oczekiwań chorego.

W praktyce mamy często do czynienia albo z zachowaniami ochronnymi wobec pacjentów, czyli omijaniem przykrych prawdy, protekcyjnym łagodzeniem lub pocieszaniem („proszę się nie martwić, wszystko będzie dobrze”) albo z suchą informacją podaną językiem medycznym, a nawet z zachowaniami obcesowymi („zostały panu cztery miesiące życia”). W obu przypadkach narusza się godność człowieka. Pacjent jest autonomiczną jednostką i ma prawo decydować o sobie. Musi jednak wiedzieć, co się z nim dzieje, rozumieć realne perspektywy. Każde ucieczkowe zachowanie lekarza w tej sprawie jest rozumiane jako lekceważenie, brak szacunku i staje się źródłem domysłów, lęku, rozczarowania, złości, irytacji, dezorientacji i poczucia zagubienia pacjenta.

Nie tylko lekarze mają trudność w rozmowie z człowiekiem chorym terminalnie. W naszej kulturze udajemy, że śmierci nie ma, jest to temat tabu. Rodzina, przyjaciele, odwiedzający znajomi również nie wiedzą, jak reagować na dramat chorego. Jeśli czegoś nie umiemy, wolimy tego nie robić. Nie wiadomo, co powiedzieć, żeby nie urazić, nie zasmucić, nie przestraszyć, żeby nie popełnić nietaktu czy niezręczności. Nie wiadomo, jak odpowiedzieć na trudne pytania oraz jak reagować na emocje pacjenta.

Wbrew różnym popularnym przekonaniom na temat ukrywania niedobrych informacji dla „dobra” pacjenta, chory poważnie chce znać prawdę o swoim stanie (choć nie zawsze jest na to przygotowany w danym momencie), potrzebuje rozmawiać o swojej sytuacji, obawia się izolacji, osamotnienia, porzucenia. Człowiek chory wysyła sygnały, że pragnie pomocy, wysłuchania i towarzyszenia w cierpieniu. Jeśli

chodzi o przekazywanie informacji, pacjentowi należy przekazać tyle prawdy, ile na danym etapie choroby może zaakceptować. To wymaga od lekarza niezwyklej uważności i umiejętności świadomego słuchania. Ważne są również warunki, w jakich rozmowa się odbywa (w gabinecie, na korytarzu czy sali).

Otoczenie zapewniające pewną intymność, brak pośpiechu, zachowanie kontaktu wzrokowego, brak dystansu przestrzennego (lekarz siedzi, nie stoi nad pacjentem) to wszystko są okoliczności sprzyjające budowaniu przyjaznej, ciepłej atmosfery trudnej rozmowy. Zadając pytania, lepiej nie sugerować od razu odpowiedzi, czyli zamiast „Czy dobrze się pan/pani czuje?” należy zadać pytanie otwarte „Jak się pan/pani czuje?”. Bardzo ważne jest uznanie i odzwierciedlanie uczuć pacjenta. Mogą być one trudne do przyjęcia, dlatego rozmówcy mają naturalny odruch polemizowania z nimi. Tymczasem z uczuciami się nie dyskutuje. Trzeba zrobić dla nich miejsce, pacjent ma prawo czuć to, co czuje i nikt nie może tego oceniać. Emocje często są ważniejsze od objawów somatycznych. Atmosferę życzliwości, zainteresowania i sympatii doskonale również budują zachowania niewerbalne, takie jak przytakiwanie, uśmiech, dotyk ręki czy ramienia.

Jak przekazać informację o poważnej diagnozie, wiedząc, że nie wolno kłamać, aby uczynić informację bardziej akceptowalną. Przekazywanie złej wiadomości, czyli takiej, która zmienia widzenie przyszłości przez pacjenta, nigdy nie brzmi dobrze. Jest to jedna z najbardziej obciążających emocjonalnie sytuacji w pracy lekarza. Dobrze jest uprzedzić pacjenta i rodzinę, że chce się przekazać poważną informację i upewnić się, że po jej przekazaniu pacjent będzie miał wsparcie bliskich.

Istotnym elementem rozmowy z pacjentem nieuleczalnie chorym jest dowiedzenie się, ile pacjent wie oraz czy jest jakaś rozbieżność między wiedzą a stanem faktycznym. Następną sprawą jest ustalenie, ile pacjent chce wiedzieć (jeśli pozwolimy pacjentowi na zadawanie pytań, ułatwiamy sobie to zadanie). Pomocne pytania to: „Co pan/pani sądzi o swojej chorobie?”, „Czy chciałby pan/pani znać szczegółowe wyniki badań?”. Niedobrze jest zmieniać temat, minimalizować objawy, nie wolno też dawać obietnic bez pokrycia (nawet w dobrej wierze). Po przekazaniu diagnozy przychodzi czas na przedstawienie i ustalenie tego, co dalej. Pacjent ma wiele wątpliwości, na

które trzeba odpowiedzieć zrozumiałym językiem, unikając żargonu. Lekarz wyraża swoją opinię, rekomenduje jakieś rozwiązanie, wyjaśnia korzyści z leczenia, możliwości wystąpienia objawów ubocznych, ale nie podejmuje decyzji za pacjenta. Najtrudniejsze są pytania dotyczące prognozy („Czy ja umieram?”, „Ile mi życia pozostało?”, „Czy mogę spodziewać się poprawy?”). Żaden lekarz nie potrafi precyzyjnie określić, ile pacjent będzie żył. Koncentrujemy się na dniu dzisiejszym i na krótkotrwałych, realistycznych celach. Myślimy o poprawie jakości życia tu i teraz. Pacjent musi mieć czas na oswojenie się ze swoją chorobą, a lekarz musi mieć czas na spokojną, cierpliwą rozmowę (co jest bardzo trudne w rzeczywistości polskich placówek medycznych). To oznacza, że umiejętność dostrajania się do każdego etapu rozwoju sytuacji jest zasadniczą umiejętnością w kontakcie lekarz-pacjent. W każdej fazie choroby dla pacjenta niezwykle ważne jest jednak to, czy widzi zainteresowanie, dobrą wolę, chęć pomocy ze strony personelu medycznego.

Wiele problemów niesie ze sobą postawa rodziny, która za wszelką cenę chroni chorego (bez sprawdzenia, czego faktycznie on chciałby). Dochodzi czasem do takich paradoksalnych sytuacji, że chory też chroni rodzinę i mimo że zna swój stan – ukrywa go przed bliskimi. Tymczasem dla pacjenta lepsza jest sytuacja, w której może się on dzielić swoimi lękami i obawami, otwarcie wyrażać uczucia, rozmawiać (w zależności od potrzeb) na temat sensu i bilansu swojego życia, cierpienia, umierania. Lekarzowi nie wolno zatem na życzenie rodziny okłamywać chorego, ale należy dołożyć wszelkich starań, by nie eliminować rodziny z procesu opieki nad chorym, jeśli rodzina jest wspierająca.

W chorobach zagrażających życiu jest olbrzymie pole do pomocy duchowej. Świecenie, jeśli na oddziale pacjent może skorzystać z profesjonalnej pomocy psychologicznej (np. z programu psychoonkologicznego Simontona) lub pomocy cierpliwego i mądrego kapłana. Jeśli nie jest to możliwe, ta rola spada na lekarza. I od niego wówczas zależy, ile da pacjentowi wsparcia w najtrudniejszej konfrontacji chorego z lękiem, rozpaczą, bólem i cierpieniem.

Barbara Smoczyńska

dr n. hum. trener umiejętności psychospołecznych

„Medicus” 10/2007

REKLAMA

REKLAMA



Wypisy z myśli narodu i władz

Krystyna Knypl

Najlepszą metodą badawczą pozwalającą na poznanie co myślą szerokie rzesze społeczne nie jest prowadzenie badań socjologicznych i ankiet, lecz czytanie tego, co ludzie piszą w Internecie.

Ankieta ogranicza swobodę wypowiedzi i poniekąd wymusza poprawność polityczną, formuła zaś internetowych forów, w dużej mierze wynikająca z anonimowości, pozwala na zachowania *à la* hulaj dusza, piekła nie ma.

Głos ludu

Internet jest dziś autentyczną trybuną ludu i obnaża bezlitośnie raczej nieciekawe oblicze rzesz społecznych – przez fora internetowe szerokim strumieniem przelewa się patologiczny autorytaryzm, totalne mylenie pojęć, zawiść i jadowitość. Zamiłowanie do lustracji życiorysów, garaży, kont bankowych cechuje niemal co drugiego polskiego forumowicza. Spłacanie studiów medycznych w razie pod-

jęcia pracy za granicą, dożywotnie pozabawianie prawa wykonywania zawodu w atmosferze sądów polowych, konfiskata majątku – to najbardziej ulubione pomysły dyskutujących rodaków odnoszące się do nas, lekarzy.

Powołanie zawsze jest rozumiane przez forumowiczów jako postawa patologicznej służebności, której obce jest zmęczenie, potrzeba odpoczynku czy otrzymania honorarium. Przysięga lekarska jawi się jako zobowiązanie do realizowania wszystkich pomysłów przemyskających przez głowy rodaków.

Sposoby na adrenalinę

Jeszcze większe urozmaicenie oraz szersze możliwości prezentowania swoich nie zawsze eleganckich pomysłów,

postaw i reakcji mają wszelkiego rodzaju decydenci. Jeden z przedstawicieli ministerstwa wyraził nie tak dawno życzenie, aby młodzi lekarze brali pożyczki w banku w celu wypłacania sobie pensji podczas rezydentury. Uczestnictwo w tej ekstremalnej przygodzie medycznej, jaką jest świadczenie usług w ramach NFZ-u, mieliby niejako gratis. Fenomen na skalę światową!

Nowojorski dentysta, gdy chce podnieść sobie poziom osławionego i jakże medialnego hormonu, jakim jest adrenalina, musi wykupić w biurze podróży wycieczkę typu *eco-adventure*, za którą zapłaci nie mniej niż 10 tys. dolarów. Polski rezydent wyrzuty adrenaliny ma zupełnie bezpłatnie, i to przez cały czas specjalizacji.

Jeżeli los sprzyja rezydentowi i trafiają się mu spokojne dyżury, to na egzaminie specjalizacyjnym bez trudu osiągnie on stężenie katecholamin notowane w guzie chromochłonnym. Wyniki niezaliczonego egzaminu testowego, w niektórych specjalnościach klinicznych przekraczające 40%, powinny być powodem do poważnego zastanowienia się, dlaczego tak się dzieje.

Egzamin z interny zdawałam wiele lat temu i dobrze pamiętam, jaką zmurą była dla mnie niejednoznaczność pytań testowych i gorączkowe rozważanie słynnej kwestii, co autor pytania miał na myśli. Najwyraźniej zmora niejednoznacznej redakcji pytań testowych nie zniknęła z arkuszy egzaminacyjnych! Osobiście uważam, że tak wysoki odsetek niepomysłnych ocen na egzaminie klinicznym świadczy jedynie o wątpliwych talentach dydaktycznych nauczycieli. Czy jeszcze o czymś? Jedna z gwiazd specjalności szczegółowej sugeruje na łamach prasy medycznej, że wysokim odsetkiem niezdaných egzaminów winna jest kondycja intelektualna zdających. Sądzę, że wypowiedź ta ilustruje wyłącznie jak dalece owemu prominentowi brakuje dobrych manier. Bezceremonialne i bezpodstaw-

ne dyskredytowanie innych kolegów to cecha, niestety, zbyt często obecna w naszym środowisku.

Świat fenickich luster

Delegowanie uprawnień jest podobno jedną z podstawowych menedżerskich umiejętności. Niektórzy mają ową umiejętność tak dalece opanowaną, że rozciągają ją na wszystkich ludzi znajdujących się w pobliżu, nie bacząc na to, że nawet najszersze uprawnienia szefowskie gdzieś się kończą lub też nie w każdym wypadku mają miejsce. W nadesłanym do mnie ostatnio mailu jedna z Czytelniczek zwraca uwagę nie tylko na grafologiczne aspekty wypełnianych przez nas medycznych dokumentów, ale i na formę. O ile forma recepty jest w pewnej mierze ściśle określona, to wiele dowolności mamy w wypadku treści konsultacji. Wspomnianą Koleżankę szokuje forma konsultacji otrzymanej od chirurga, napisanej w trybie nakazowym: „przedłużyć L4 o 30 dni”. Słowa takie jak „proponuję, proszę, sugeruję, wskazane byłoby” najwyraźniej konsultantowi nie są znane. Podobało mi się określenie, że lekarze rodzinni nie są *braćmi mniejszymi* innych specjalistów. Warto też przypomnieć, że lekarz kierujący swojego pacjenta na konsultację nie jest personelem pomocniczym dodanym do obsługi.

Brak manier niejedno ma oblicze. Z zażenowaniem oglądałam niedawno typową scenę na pewnym lotnisku europejskim – koleżanka ugina się pod ciężarem bagaży własnych i chwilowo powierzonych. Szef owej koleżanki, zdrowy mężczyzna w sile wieku, podąża rączo do przodu, wołając: „Maryśka, dajesz sobie radę?!”, ale na odpowiedź już nie czeka, podległy personel bowiem jest od tego, aby zawsze dawał sobie radę i nie kłopotał wielkich tego świata bez powodu.

Wszelka sława i stanowiska dane są na czas określony – ostrość wzroku i zdolność spostrzegania pospolitych problemów dnia codziennego powraca, gdy taki władca absolutny przechodzi na emeryturę. Poznacie go po tym, że nie ma już koło niego wianuszka podkomendnych, a nieszczęśnik ów solo błąka się po szerokich korytarzach zjazdowych i samotnie taszczy wielkie walizy na lotniskowe taśmy. Powróciwszy z kongresu pisze listy do różnych redakcji, że doświadcza egzystencji człowieka przezroczystego. Dwie strony fenickiego lustra to jakże różne światy.

Jak zawsze czekam na listy i maile, pod adresem: krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Na łamach prasy lekarskiej ukazała się informacja, że NFZ testuje wprowadzenie recepty elektronicznej – chwala Funduszowi za to, ale mam poważne wątpliwości, czy przedsięwzięcie zakończy się sukcesem.

W Stanach Zjednoczonych w procesie wdrożenia recept *on line* uczestniczyło 10 wielkich korporacji z branży elektronicznej, które widziały swój interes w takim przedsięwzięciu i nawet zdecydowały się na przekazanie każdemu lekarzowi palmtopa z programem obsługi recept.

U nas byłaby to z pewnością okazja do przyklejenia takiemu przedsięwzięciu łatki przyjęcia korzyści nieopodatkowanej i podejrzenia popełnienia przestępstwa. Skoro długopis z nazwą leku jest łapówką, to palmtop musi być superłapówką.

I z powodów ideologicznych bardziej niż organizacyjnych nie wróżę powodzenia pomysłowi wdrożenia recept elektronicznych w naszym kraju.

Ekstrapolując te rozważania, wróżę długie życie mojej rubryce, tym bardziej że od grudnia br. rusza ona również w jednej z gazet przeznaczonych dla farmaceutów.

Laureatem bieżącej edycji jest dr **Adam Stryjewski** z Głinojecka – prosimy laureata o podanie adresu oraz załączamy gratulacje.

Jak zawsze czekam na korespondencję i propozycje rozszyfrowania recepty, pod adresem:

krystyna.knypl@compi.net.pl



Wydawanie zamienników leków

Katarzyna Adamczyk

Kwestia wydawania zamienników od zawsze budziła emocje zarówno wśród producentów leków, wśród dystrybutorów, jak i wśród aptekarzy.

Producenci i dystrybutorzy przekonani o posiadaniu tańszego odpowiednika innego preparatu przygotowywali kampanie promocyjne oparte na założeniu dokonania zamiany leku w aptece. Niektóre firmy całą swoją strategię sprzedaży oparły właśnie na współpracy z aptekami w zakresie substytucji. Do aptek ruszyło tysiące przedstawicieli firm farmaceu-

tycznych informując o możliwości dokonania zamiany, i to zawsze na tańszy preparat tej właśnie firmy. Apteki tym samym stały się dla firm farmaceutycznych tak samo ważną grupą docelową jak lekarze.

Warto pamiętać, że obrót produktami leczniczymi jest obrotem regulowanym. Podstawowe regulacje dotyczące wydawania zamienników zostały zawarte w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich.

Do 28 września 2007 r. obowiązywał przepis (art. 38 ust. 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. Dz. U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), który umożliwiał dokonanie zamiany w obrębie tej samej nazwy międzynarodowej, dawce i postaci farmaceutycznej. W wielu przypadkach takie sformułowanie przepisu uniemożliwiało wydanie jakiegokolwiek zamiennika, nawet jeżeli jego cena, a tym samym odpłatność pacjenta była niższa.

Z drugiej strony, przepisy rozporządzenia w sprawie recept, obowiązujące do 30 czerwca 2007 r. (§ 19, ust. 1, pkt 2), zabraniały wydawania leków w

ilości mniejszej niż przepisana na receptce. Niemożliwe było zatem wydanie zamiennika, jeżeli przepisany na receptce lek był w opakowaniu zbliżonym, ale nieco większym niż tenże, tańszy zamiennik.

Podsumowując, wyżej wspomniane przepisy ograniczały możliwości wydawania zamienników, czasami całkowicie uniemożliwiając wydanie pacjentowi tańszego leku.

Pierwszy krok w stronę zmiany przepisów substytucyjnych został zrobiony przez ministra zdrowia poprzez wydanie nowego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich (Dz. U. nr 97, poz. 646), obowiązującego od 1 lipca br. Niestety, zmiany poszły w kierunku przeciwnym niż można byłoby się spodziewać. Minister zdrowia poczynił dalsze ograniczenia w wydawaniu zamienników, zamieniając przepis obowiązku wydania pacjentowi ilości leku nie mniejszej niż przepisana na receptce na przepis umożliwiający wydanie pacjentowi ilości mniejszej, choć maksymalnie zbliżonej.

Brak określenia, co oznacza pojęcie „ilość maksymalnie zbliżona” może powodować sytuacje konfliktowe. Czy opakowanie zawierające 28 sztuk i opa-

kowanie zawierające 30 sztuk to opakowania maksymalnie zbliżone? Większość zapewne da odpowiedź twierdzącą. Różnica procentowa wynosi 6,67%. Odnosnie opakowań po 20 i 30 sztuk odpowiedź jest raczej oczywista – nie są to opakowania maksymalnie zbliżone. Czy opakowanie zawierające 56 sztuk i opakowanie zawierające 60 sztuk to opakowania maksymalnie zbliżone? Odpowiedź budzi już pewne wątpliwości, mimo że różnica procentowa jest taka sama jak w pierwszym przypadku. Należy mieć jednak na względzie fakt, że różnica czterech sztuk dla leku dawkowanego raz dziennie oznacza o cztery dni krótszą terapię.

Od 29 września br. obowiązują znowelizowane przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na ich podstawie aptekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia leku, którego cena nie przekracza limitu ceny pod warunkiem spełnienia łącznie wszystkich podanych niżej warunków:

1. Ta sama nazwa międzynarodowa – warunek pozostał niezmieniony.
2. Ta sama dawka – warunek pozostał niezmieniony.

3. Ta sama lub zbliżona postać, nie powodująca różnic terapeutycznych – warunek został zmieniony – nastąpiło rozszerzenie zakresu tego warunku o postacie zbliżone.
4. To samo wskazanie terapeutyczne – warunek pozostał niezmieniony.
5. Ilość zamiennika jest maksymalnie zbliżona, jednak mniejsza niż ilość przepisana na receptce – warunek obowiązuje od 1 lipca br.

Tym samym ustawodawca umożliwił wydanie zamiennika w innej postaci farmaceutycznej. Określenie „postaci zbliżonej, nie powodującej różnic terapeutycznych” ma spowodować, że pacjentowi nie zostanie wydany czopek zamiast tabletki, choć różnic terapeutycznych może nie być.

Interpretacja stosowania powyższych przepisów może być następująca: możliwe jest teraz wydanie pacjentowi, zamiast przepisanego leku w formie zwykłej tabletki, leku w postaci tabletki powlekanej, tabletki rozpuszczalnej, tabletki musującej, kapsułki miękkiej, kapsułki żelatynowej, kapsułki twardej i odwrotnie.

Autorka jest ekonomistką i zajmuje się analizami marketingowymi i szeroko rozumianą refundacją leków.

Leki bez kontroli?

Agnieszka Katrynicz

Afera strzykawkowa, tak jak wcześniejsze afery z corhydronem i Vioxxem, po raz kolejny udowodniła, że system zgłaszania działań niepożądanych leków i preparatów leczniczych w Polsce nie działa.

W 2006 r. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLW MiPB) otrzymał ponad 500 zgłoszeń o niepożądanym działaniu leku. Sytuacja wygląda jeszcze gorzej, jeśli przyjrzymy się zgłoszeniom dotyczącym poszczególnych preparatów. W Polsce zarejestrowano zaledwie 81 zgłoszeń o niepożądanych działaniach preparatu Vioxx, chociaż – według szacunków – przyjmo-

wało go 50 tysięcy pacjentów. W tym samym czasie w Stanach Zjednoczonych wniesiono cztery tysiące pozwów przeciwko firmie Merck, a amerykańskie media spekulowały, że w ciągu pięciu lat sprzedaży leku Vioxx mógł spowodować śmierć dwóch tysięcy osób. – Zgłaszalność tego typu przypadków jest w Polsce bardzo mała. Aż dwudziestokrotnie mniejsza niż na Zachodzie – potwierdza prof. Andrzej Górski, przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia.

Obowiązek lekarski

Zgłaszanie działań niepożądanych leków i produktów leczniczych jest obowiązkiem lekarzy (a także lekarzy stomatologów, farmaceutów, pielęgniarek i położnych), o czym mówią co najmniej trzy akty prawne: prawo farmaceutyczne, ustawa o zawodzie lekarza oraz rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych.

Lekarz powinien zgłosić przypadek nawet mając wątpliwości. Podstawowe dane, które muszą się znaleźć w każdym raporcie, to informacje o produkcie leczniczym, a wśród nich m.in. nazwa leku podejrzewane-

go o wywołanie niepożądanych działań oraz droga jego podania. Jeśli o powstanie niepożądanego reakcji podejrzewa się więcej niż jeden lek, należy to zaznaczyć. Lekarz opisuje w raporcie niepożądane reakcje, uwzględniając – o ile to możliwe – diagnozę i zaznacza, jak ocenia reakcje oraz jaki jest ich wynik (ustąpienie, trwanie, leczenie, następstwa). W raporcie powinien znaleźć się także dane pacjenta (płeć, wiek, masa ciała, inicjały imienia i nazwiska) oraz dane osoby zgłaszającej (z uwzględnieniem imienia, nazwiska i pełnego adresu). Wskazane jest podanie numeru telefonu czy faksu, na wypadek, gdyby nadesłany raport wymagał uzupełnienia danych czy dodatkowych wyjaśnień.

Jednak już sam opis tej procedury pokazuje jak skomplikowana jest ta droga. Lekarze mówią wprost – mamy wystarczająco dużo papierów do wypełniania i bez tego. Powszechne jest też przekonanie, że w ten sposób lekarz „podkłada” się, ściągając na siebie kłopoty. I dlatego niewielu medyków decyduje się na taką interwencję.

Inny problem, nazwijmy go „technicznym”, to fakt, że wniosek znaleźć można jedynie na stronie www.urpl.gov.pl. Pomijając fakt, iż żaden obywatel,

a więc także lekarz, nie musi mieć dostępu do Internetu (szczególnie w mniejszych ośrodkach jest z tym problem), to warto wspomnieć, że nie zawsze strona działa.

Pełna bezkarność

Warto też podkreślić, że urzędnicy odpowiedzialni za bezpieczeństwo chorych są praktycznie bezkarni. Mimo zapowiedzi, że po aferze z corhydronem polecą głowy odpowiedzialnych urzędników, nic takiego się nie stało. Szefowie Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego zamiast odwołania, zamienili się jedynie miejscami. Po odwołaniu Zbigniewa Niewójta nowym głównym inspektorem farmaceutycznym została jego zastępczyni Zofia Ulz, a Zbigniew Niewójt został jej zastępcą. Konsekwencje dotknęły tylko Jelfę, która na wstrzymaniu produkcji straciła miliony złotych. W ten sposób Ministerstwo Zdrowia pokazało jedynie koncernom farmaceutycznym, że lepiej problemy ukrywać, bo jest to bardziej opłacalne. Nawet zaostrenie prawa farmaceutycznego – zwiększono m.in. nadzór ministra zdrowia i zaostrozono kary za niepowiadomianie GIE – niewiele w tej sytuacji zmieniło.

Podjejrane strzykawki

Widać to wyraźnie po ostatniej aferze strzykawkowej (jak szybko nazwały ją media). Podejrzone czarne plamki wewnątrz strzykawki zauważyła pielęgniarka z oddziału okulistycznego radomskiego szpitala. Ale minęło pół roku zanim sprawa wyszła na jaw. Minister Zbigniew Religa podkreśla, że ani Ministerstwo Zdrowia, ani podległe mu instytucje nie są odpowiedzialne za to, że informacje o zanieczyszczeniu sprzętu wyszły na jaw tak późno. – Winę ponosi dyrektor radomskiego szpitala. Zaniedbał swój obowiązek zgłaszając sprawę jedynie do prokuratury, ale nie informując Urzędu Rejestracji Leków – mówi Religa. I zamiast zastanowić się dlaczego w radomskiej placówce (a zapewne i wielu innych) personel nie zna procedury, to straszy dyrektora szpitala sprawą sądową. Warto też dodać, że nawet jego zastępcą, minister Bolesław Piecha, przyznawał publicznie podczas konferencji „Bezpieczeństwo farmakoterapii”, że w Polsce nie ma ani tradycji, ani zwyczaju zgłaszania działań niepożądanych.

Propozycji jak zmienić tę sytuację ministerstwo jednak nie podało.



foto: Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – posiedzenie 28 IX 2007

Prezydium zapoznało się z projektem zmiany ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Projekt ten został zdecydowanie poparty przez Prezydium i nie zgłoszono do niego żadnych uwag.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw. Prezydium NRL po zapoznaniu się z projektem ustawy uznało proponowane zmiany dotyczące zasad przyznawania i wypłacania świadczenia pieniężnego z tytułu osiągnięcia 100 lat życia za zasadne. Do innych zmian zaproponowanych w projekcie Prezydium nie zgłosiło uwag.

Prezydium odniosło się do projektów rozporządzeń ministra sprawiedliwości:

- 1) w sprawie wzoru zaświadczenia wystawianego przez lekarza sądowego oraz wzoru rejestru wystawionych zaświadczeń,
- 2) w sprawie wynagrodzenia przysługującego lekarzowi sądowemu i trybu finansowania

tego wynagrodzenia oraz kosztów wystawienia zaświadczeń, a także wzoru zestawienia wystawionych zaświadczeń, 3) w sprawie trybu wystawiania zaświadczenia potwierdzającego zdolność albo niezdolność stawiennictwa osoby pozbawionej wolności w przypadku choroby na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne oraz sposobu doręczania zaświadczenia sądowi lub organowi prowadzącemu postępowanie karne.

Zwrócono uwagę na fakt, że wysokość wynagrodzenia dla lekarza za wykonane czynności (50 zł) nie może obejmować poniesionych kosztów dojazdu. Ponadto z uwagi na to, że niektórzy lekarze nie prowadzą działalności gospodarczej powinna istnieć możliwość wynagradzania ich na podstawie umów o dzieło.

Prezydium NRL – posiedzenie 17 X 2007

Prezydium przyjęło uchwałę w sprawie terminów posiedzeń w 2008 r. Ustalono następujące terminy posiedzeń w 2008 r.: 4, 25 stycznia, 26 lutego, 7, 26 marca, 18 kwietnia, 9, 30 maja, 17 czerwca, 18 lipca, 8 sierpnia, 1, 26 września, 10, 28 października, 21 listopada, 5 grudnia.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu programu specjalizacji w dziedzinie kardiologii.

Prezydium po zasięgnięciu opinii ekspertów zgłosiło następujące zastrzeżenia do programu podstawowego dla lekarzy nie posiadających żadnej specjalizacji (po stażu podyplomowym):

- nowy program specjalizacji znacznie utrudnia specjalizowanie się lekarzy poza ośrodków klinicznych ze względu na konieczność odbycia długotrwałych staży w pracowniach i ogranicza ich wiedzę oraz kompetencje,
 - szkolenie w zakresie interny jest nieusystematyzowane i nie podlega weryfikacji egzaminem,
 - ograniczono udział i nie uwzględniono zastrzeżeń przedstawiciela NRL w komisji opracowującej program.
- Do programu lekarzy posiadających specjalizację I lub II st. albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych Prezydium NRL nie zgłosiło uwag.

Delegowano:

Marka Szewczyńskiego, pracownika Biura NIL, na szkolenie w siedzibie Komisji Europejskiej dotyczące obsługi systemu in-

formacyjnego rynku wewnętrznego (IMI System) przez tzw. koordynatorów delegowanych, które odbędzie się w Brukseli, w dniu 24.10.br.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w spotkaniu Ogólnopolskiego Komitetu Strajkowego Lekarzy.
- List do Zbigniewa Religi – apel do ministra zdrowia o zmianę polityki w zakresie wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów stażystów i rezydentów.
- List do Andrzeja Sośnierza, prezesa NFZ – prośba o udostępnienie NRL danych statystycznych dot. rozliczeń NFZ z państwami członkowskimi UE w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
- Udział w inauguracji XII Ogólnopolskiego Zjazdu Naukowego PTL w Katowicach.
- Udział w posiedzeniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w Ustroniu Śląskim.
- Udział w posiedzeniu Rady Programowej TVNMed.
- List do Artura Fałki, z-cy dyr. Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia – odpowiedź na pismo dot. zmiany rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym oraz wykazu produktów wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych ratujących życie.
- List do Krzysztofa Wójcikiewicza, przewodniczącego ORL w Gdańsku – w sprawie nieumieszczenia w piśmie samorządu lekarskiego informacji o kursach z zakresu homeopatii.
- Udział w inauguracji roku akademickiego w AM w Warszawie.
- Udział w konferencji w MSWiA nt. nowych („chipowych”) dowodów osobistych.
- List do Zbigniewa Religi, ministra zdrowia – prośba o przyjęcie uwag środowiska lekarskiego w związku z ogłoszeniem przez NFZ nowych zasad, na których ma się odbywać kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w 2008 r.
- List do Zbigniewa Ziobro – prośba o zmianę treści rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie kosztów prowadzenia dowodów z opinii biegłych w postępowaniu sądowym poprzez zwiększenie wysokości wynagrodzenia biegłych sądowych z zakresu medycyny.
- Udział w XIV Sympozjum Izby Lekarskich Krajów Środkowej i Wschodniej Europy w Elixhausen k. Salzburga.

Tomasz Korkosz

tel.: 022-559- 13-27, 0602-218-710

faks: 022-559- 13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Końca nie widać

Po prawie pół roku protestów lekarskich i pielęgniarskich, białym miasteczku przed Kancelarią Premiera i licznych demonstracjach personelu ciągle jest dalej niż bliżej do rozwiązania problemu

W ogólnopolskich mediach temat protestów lekarskich powrócił pod koniec września. Wiadomo – 1 października – ponad 2 tysiącom lekarzy kończyły się umowy o pracę (gros z nich wypowiedzenia złożyło z końcem czerwca). Radom, Częstochowa, Płock, Mielec, Łomża, Nowy Targ gościły na czolówkach wszystkich serwisów informacyjnych. Straszono pacjentów „czarnym” poniedziałkiem.

Za 5 dwunasta

Dramatyczna sytuacja była zwłaszcza w trzech radomskich szpitalach: Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, Radomskim Szpitalu Specjalistycznym i Szpitalu Psychiatrycznym, gdzie wypowiedzenia złożyło 330 lekarzy na ponad 500 zatrudnionych. Groziło to zamknięciem placówek, ewakuacją pacjentów i sytuacją bez precedensu – duże miasto zostałoby pozbawione opieki szpitalnej. Radomscy medycy domagali się m. in. podwyższenia pensji do 5600 zł dla lekarzy bez specjalizacji i 8400 zł dla specjalistów z doświadczeniem. Po wielodniowych negocjacjach wreszcie osiągnięto porozumienie.

Z nieoficjalnych informacji wynika (stro-ny umowy się, że nie będą upubliczniać wysokości podwyżek), że medycy zgodzili się na skromniejsze pieniądze niż te, których początkowo żądali. Lekarz z drugim stopniem specjalizacji dostanie 1,4 średniej krajowej (ok. 3900 zł brutto), a z pierwszym stopniem – 1,2 średniej (3400 zł). Oznacza to podwyżkę o ok. 1200 zł brutto.

Skąd nagle znalazło się te pieniądze? Około 5 mln zł za tzw. nadwykonania obiecał radomskim placówkom NFZ. Podobnie sytuację rozwiązano w Częstochowie. – Teraz wszystkim placówkom, gdzie jeszcze trwają strajki, rekomenduję takie rozwiązanie – mówił Zbigniew Religa, minister zdrowia, który osobiście gasił sytuację w Radomiu. Do Częstochowy pojechał zaś wiceminister Bolesław Piecha. Tam lekarzom udało się wynegocjować tysiąc złotych więcej.

Kolejne ognisko

Gdy wydawało się, że wszystkie protesty zostały zakończone, wznowiono strajk w warszawskim Instytucie Psychiatrii i Neurologii. 140 pracujących tam lekarzy

oskarża dyrekcję szpitala o to, że wycofała się z wynegocjowanych wcześniej porozumień – w czerwcu obiecano im podwyżki. Zdecydowali się na najostrzejszą formę protestu – głodówkę. Nie wypełniają też dokumentacji medycznej dla NFZ. Żądają podwyżek takich, jakie otrzymali ich koledzy ze szpitala w Radomiu. Lekarz z II stopniem specjalizacji miałby zarabiać 1,4 średniej krajowej, lekarz z I stopniem – 1,2 średniej krajowej, najmłodszy stażem – średnią krajową. – Nigdy nie głodowałam. Jednak wydaje mi się, że to jedyny sposób walki o swoje prawa – mówi Dorota Bzinkowska, psychiatra z II stopniem specjalizacji. Zarabia 1800 zł na rękę. Chciałaby 2,5 tys. – tyle, ile po strajkach dostali lekarze w Radomiu.

Do komitetu strajkowego lekarze (oraz psychologowie) złożyli około 60 wypowiedzeń. Podkreślają, że są zdeterminowani. Potwierdza to jedna z głodujących. – Zaczęłam głodować, bo czuję się upokorzona. Sześć lat studiów, rok stażu, 3,5 roku specjalizacji, zarabiam 1200 zł – mówi Dominika Szkoda, rezydentka.

Wiele gorczy

I to właśnie uczucie upokorzenia środowiska wydaje się najważniejsze w tym proteście. W wielu miejscach, mimo wywalczenia podwyżek, lekarze nie kryli gorczy. – Gdybyśmy nie protestowali tyle miesięcy, nie byłoby żadnych podwyżek. Te pieniądze musieliśmy wam wyrwać siłą – krzyczał jeden z nich podczas spotkania w Radomiu z ministrem Religą.

– To nie jest porozumienie, które wszystko załatwia, a my nie jesteśmy superszczęśliwi – komentuje Julian Wróbel, szef Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego w Radomiu. – Jednak nie chcieliśmy dopuścić do ewakuacji pacjentów.

– Nie podwyżki były najważniejsze. Chodzi o zmianę sposobu traktowania ludzi w białych kitlach – potwierdza Elżbieta Foremna z komitetu negocjacyjnego w Częstochowie. Trudno się dziwić tym głosom – wszak od początku protestów środowisko było atakowane. Strajk nazywano politycznym, a lekarzy straszono kamazami. Jeśli nowy minister zdrowia nie naprawi tej sytuacji, może spodziewać się kolejnej fali protestów.

Agnieszka Katrynicz

Szykują się zmiany w kontraktach dentystycznych. Pisze-
my o tym szeroko. Po zapowiedziach
prezesa Sośnierza powinny być za-
uważalne, także w
sferze finansowej. Choć z doświad-
czenia wiem, że w praktyce może być
różnie. Boję się komputerów. Nie tylko
dlatego, że często siedzę przy nich bez-
radny i na pomoc wołam młodsze poko-
lenie. Kiedyś przy negocjacjach komisja
powoływała się na dyrektywy z centrali.
Teraz na programy komputerowe. „Nie
możemy zaakceptować pana propo-
zycji, bo komputer nie przyjmie. My bar-
dzo chętnie, ale komputer...” Ale prze-
cież programy komputerowe układają lu-
dzie z NFZ...

Jak ważna jest zgoda pacjenta na le-
czenie, także na zabiegi stomatologicz-
ne pisze Agnieszka Dubiel. Pacjent nie
tylko powinien potwierdzić swoją akcep-
tację, ale musi zaznaczyć, że zrobił to
po uzyskaniu dokładnych informacji do-
tyczających terapii i że je zrozumiał. Cho-
dzi nie tylko o wyjście na przeciw jego
prawom, ale i o zabezpieczenie lekarza
przed późniejszymi nieuzasadnionymi
pretensjami.

Kończy się epoka CEDE w Łodzi. Ta naj-
większa wystawa dentystyczna w Pol-
sce, po siedemnastu latach goszczenia
w Łodzi, przenosi się do Poznania. Fakt
ten ma zwolenników i przeciwników. Sie-
demnaście lat to już historia. Ciekawie
na ten temat pisze Anna Lella. Przywo-
łuje historię i pokazuje jak targi zmieniły
się w tym czasie.

O Akademii Pierre Faucharda pisze Zbi-
giew Klimek. Przypomina co to za insty-
tucja, gdzie powstała, jakie są jej zada-
nia i cele. Wspomina o jej historii w Pol-
sce. Pierwszym przewodniczącym Sek-
cji Polskiej Akademii, od momentu po-
wstania w 1991 r., był profesor Zbigniew
Jańczuk. Akademia jest organizacją ho-
norową, a jej członkiem można zostać
tylko na podstawie zaproszenia.

Manipulacja i... stomatologia. Co ma
wspólnego jedno z drugim? Własne do-
świadczenia w tym zakresie ciekawie
opisuje nasza koleżanka ze Stanów
Zjednoczonych Marta Speakman.

Andrzej Baszkowski

Za rok w Poznaniu

Pożegnaliśmy łódzkie CEDE

Tegoroczna, już 17. Środkowoeuropejska Wystawa Produktów Stomatologicznych
CEDE (Central European Dental Exhibition) po raz ostatni miała miejsce w Łodzi.

Za rok – zgodnie z wcześniej-
szymi zapowiedziami organi-
zatorów Exactus sp.j. – odbędzie
się w Poznaniu. Dzienniki łódz-
kie różnie komentowały tę zmi-
nę, np. że w końcu spokój bez na-
jazdu chmary dentystów („Łatwiej
dojadę do pracy...”), choć zdecy-
dowanie częściej notowano jako
stratę dla miasta, co wyrażały na-
wet nagłówki: „Dziura po CEDE
boli jak po zębie”, „Kosztowna przeprowadzka”,
„Bilans strat”, „Ostatnie targi stomatologiczne”.

Siedemnaście lat to piękna, długa historia. Orga-
nizatorom należą się gratulacje i podziękowania.
Przede wszystkim za wytrwałość i ciągłe podno-
szenie poziomu tej największej imprezy stomato-
logicznej w Polsce. Tegoroczna wystawa zajęła po-
nad 13 tys. m². Ponad 500 firm prezentowało swo-
je oferty dla stomatologów, techników dentystycz-
nych i asystentek. Organizatorzy podają, że wysta-
wę odwiedziło 135 000 gości.

CEDE to największa wystawa branży dentystycz-
nej w Polsce i jedna z najważniejszych w Euro-
pie. Można obejrzeć wszystko, nie tylko unity, ale
również drobny sprzęt stomatologiczny, materia-
ły dentystyczne, implanty, środki do pielęgnacji
jamy ustnej i ubrania medyczne. CEDE spełnia-
ła marzenia stomatologów, aby tego wszystkie-
go można było dotknąć, omówić zastosowanie
w praktyce, uczestniczyć w profesjonalnych po-
kazach. Ale CEDE to nie tylko targi. Od 13 lat to-
warzyszy im Zjazd Zespołów Stomatologicznych:
wykłady, kursy i warsztaty dla lekarzy i dla perso-
nelu pomocniczego.

Wracając do początków nie sposób nie wspo-
mnieć ówczesnego dyrektora łódzkiego Instytu-
tu Stomatologii prof. Włodzimierza Józefowicza,
pomysłodawcy CEDE. Prof. Józefowicz, jako szef
PTS-u (1985-93), był też wiodącą postacią wśród
inicjatorów reaktywowania wspólnego samorzą-
du zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.
Z pomocą PTS organizował białe niedziele z pro-
wizorycznie zainstalowanym w autobusie fotelem
dentystycznym. Przekonywał pacjentów do uży-
wania szczoteczki i pasty, zachęcał do odwiedza-
nia dentysty.

Profesor zmienił obraz stomatologii polskiej
między innymi poprzez CEDE, będące pierwszym
specjalistycznym salonem ekspozycyjnym i targa-
mi sprzętu oraz materiałów dentystycznych. CEDE
były pionierskim przedsięwzięciem marketingo-
wym tworzącym podstawy rynku stomatologicz-



Prof. Józefowicz (w środku)
podczas jednej z wystaw

nego, stały się istotnym podmio-
tem budującym profesjonalizm za-
wodowy w stomatologii.

Początkowo łódzkie spotkania
odbywały się w Bombonierce i
były imprezą towarzyszącą Kon-
gresowi Stomatologów Polskich.
Z roku na rok przedsięwzięcie
nabrało rozmachu, przyjeżdżali
zagraniczni wykładowcy, m. in. z
Francji, USA, Szwecji, Niemiec,

a nawet z Brazylii, którzy prezentowali najnow-
sze osiągnięcia, nowe metody leczenia. Wysta-
wa rozrosła się, powstały inne wystawy i targi sto-
matologiczne w kolejnych miastach, jako nośni-
ki postępu technicznego i rozwoju stomatologii.
Po śmierci prof. Józefowicza patronat nad organi-
zacją zjazdów towarzyszących CEDE objął prof.
Stanisław Suliborski. W parze z targami szły im-
prezy integracyjne, koncerty i bankiety w Pałacu
Poznańskich. W tym roku ponad 800 gości spo-
tkało się w Pałacu Izraela Poznańskiego, gdzie zo-
stały wręczone statuetki Grand Prix CEDE 2007
oraz zlicytowano gitarę w akcji „Muzyczni Przy-
jaciele – Zdrowy uśmiech dla dziecka”.

Po dziś dzień CEDE jest dobrym miejscem do na-
wiązywania współpracy z placówkami naukowo-
dydaktycznymi. W tym roku na zaproszenie prof.
Marka Ziętka, prezydenta PTS przyjechali goście
z niemieckiego towarzystwa dentystycznego (*Deut-
sche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferhe-
ilkunde*) w osobach: prof. dr Georg Meyer – pre-
zydent DGZMK, dr Bernhard Fuchs, prof. dr Tho-
mas Hoffmann, prof. dr Wilfried Wagner i prof. dr
Tomasz Gedrange. Delegację powitano we wspa-
niałych ogrodach Pałacu Poznańskich. Następnego
dnia odbyły się warsztaty. Podczas spotkania
wiceprezes PTS Bartłomiej W. Loster zreferował
polski system nauczania stomatologów, a w imie-
niu Izby kol. Maciej Mikołajczyk omówił kształ-
cenie podyplomowe. Wizyta posłużyła wymianie
doświadczeń w dziedzinie edukacji zawodowej
w naszych sąsiedzkich państwach.

Wielu stomatologom trudno oswoić się z my-
ślą, że CEDE to już nie Łódź. Przed nami, jak reko-
mendują organizatorzy, nowe miejsce, nowa prze-
strzeń, nowe możliwości, nowoczesne, klimatyzo-
wane hale, połączone zadaszonymi, przeszklonymi
pasażami, komfort i wygoda dla wystawców
i zwiedzających. Trochę szkoda, że zaplanowa-
ny termin pokrywa się z europejską edycją FDI
w Sztokholmie.

Anna Lella

Kontrakty stomatologiczne na 2008

W marcowym numerze „GL” pisałem o styczniowym spotkaniu z prezesem NFZ Andrzejem Sośnierzem na temat cen świadczeń stomatologicznych. Prezes zapewnił wówczas, że w najbliższym czasie centrala NFZ przygotuje i przedstawi propozycje całłościowego rozwiązania problemu. Najbliższym czasem okazał się być sierpień.

W zorganizowanym wówczas spotkaniu wziął udział zespół negocjacyjny KS NRL i kierownictwo NFZ. Na początku spotkania prezes ponownie zadeklarował chęć uporządkowania rozliczeń stomatologicznych i dojścia do cen rzeczywistych. Wyobraża sobie, że nastąpi to etapowo. Pierwszym krokiem będzie przeznaczenie w IV kwartale 2007 r. dodatkowych 50 milionów na finansowanie stomatologii i że te pieniądze podniosą wartości punktowe poszczególnych procedur. Tak już się stało. Zarządzeniem nr 68 prezes NFZ wprowadził nowe wartości świadczeń stomatologicznych w ostatnich trzech miesiącach tego roku. Wzrosły one o 20%. Oznacza to, że powinniśmy za tę samą pracę otrzymywać w IV kwartale o 1/5 więcej niż dotąd.

Natomiast w roku 2008 prezes NFZ przewiduje podwyższenie budżetu na świadczenia stomatologiczne o 600 milionów, tj. o 65% budżetu tegorocznego. Z tego 25% ma zwiększyć dostępność do świadczeń (wzrośnie liczba kontraktów, a także liczba punktów na etat przeliczeniowy), a 40% ma podnieść cenę świadczeń stomatologicznych. Zwiększenie ceny ma nastąpić poprzez dodanie punktów do poszczególnych procedur i podniesienie wartości punktu. Tak się nie stało, ale o tym dalej.

Równocześnie zapowiedziano spełnienie kolejnego postulatu izby lekarskiej i ujednolicenie cen na terenie wszystkich oddziałów. Wydzielono także osobną pulę na finansowanie prac technika dentystrycznego i na znieczulenie ogólne.

To miałyby być pierwszy etap wprowadzania cen rzeczywistych w stomatologii. Kolejne etapy prezes Sośnierz obiecał przedstawić na piśmie i byłby to całłościowy plan dojścia do cen rzeczywistych do roku 2009.

W czasie wielogodzinnego spotkania przedstawiciele izby ustosunkowali się

do przedstawionych częściowo projektów dokumentów kontraktowych na rok 2008. W tej chwili wszystkie zostały wywieszone na stronie internetowej centrali NFZ. Są to Zarządzenia prezesa nr 64, 68 i 71. Część naszych postulatów zgłaszanych podczas spotkania została uwzględniona, część nie.

Jakie nowości przygotował NFZ?

Przede wszystkim wracają **dopłaty** do świadczeń stomatologicznych. Kiedyś już były, po czym zostały zniesione jako niezgodne z prawem. Teraz fundusz dysponuje wykładnią legislacyjną, która ponoć zezwala na dopłaty. Warunkiem ma być pisemne życzenie pacjenta uzyskania świadczenia zawartego w rozporządzeniu ministra zdrowia, ale o wyższym standardzie. Cennik dopłat ma być wywieszony w widocznym miejscu.

Przypomnieliśmy, że izba wielokrotnie podkreślała, iż wprowadzenie dopłat do świadczeń wprowadzi nierówność pomiędzy lekarzami, którzy kontrakt z NFZ mają i tymi, którzy kontraktu nie otrzymali. I że taka sytuacja jest nie do zaakceptowania przez izbę lekarską. Prezes Sośnierz ripostował, że on rozumie nasze stanowisko, bo reprezentujemy wszystkich lekarzy, ale jest rzecznikiem pacjentów, a dla nich dopłaty są korzystne, wobec tego będą.

Fundusz **zwiększa do 6 godzin** dzień pracy lekarza stomatologa. Jest to o godzinę więcej niż obecnie. Zdecydowanie byliśmy przeciwni temu pomysłowi. Argumentowaliśmy, że nagminność chorób zawodowych stomatologów (np. choroby kręgosłupa, łokieć tenisisty) były powodem, dla którego skrócono czas efektywnej pracy lekarza dentystry. Poza tym praca na dwie zmiany spowoduje, że gabinet będzie musiał być czynny przez 12-13 godzin. Do 20.00 albo 21.00.

Lekarze mają świadomość, że z NFZ otrzymują pieniądze, których wielkość zależy jest tylko i wyłącznie od liczby

wykonanych świadczeń. Żadna więc forma administracyjnego nacisku nie jest im potrzebna dla wywiązywania się z podpisanego kontraktu. Po co wracać do praktyk ZOZ-ów sprzed reformy, gdzie podstawowym kryterium oceny pracy lekarza była kontrola „odsiadywania godzin”, a najważniejszą osobą był kadrowiec kontrolujący listę obecności?

Rozumiemy, że NFZ zależy na możliwości szerokiego dostępu pacjentów do gabinetów. Jeżeli jednak placówka jest czynna na dwie zmiany, przez 10 godzin, to chyba realizacji życzenia funduszu w tym zakresie trudno cokolwiek zarzucić...

Niestety, funduszu nie udało się przekonać.

NFZ wprowadza **diagramy elektroniczne**, przedstawiające „status zębowy w wersji elektronicznej”. Naszym zdaniem są one niewykonalne z prostego powodu: około 60 % gabinetów nie posiada komputera albo dostępu do Internetu. W pierwotnej wersji propozycji funduszu każdorazowy pobyt pacjenta w gabinecie miał skutkować aktualizacją diagramu. Nawet wtedy, gdyby wizyta była jednorazowa, np. u specjalisty lub w ramach pomocy doraźnej.

Fundusz nie zrezygnował ze swego pomysłu.. Częściowo tylko przyjął nasze uwagi i zawęził zakres wykonywania diagramów. Jednak wszystkie zastrzeżenia izby pozostają nadal aktualne.

W czasie spotkania zaproponowaliśmy **zmiany wartości punktowej** świadczeń. Początkowo NFZ przedstawił swoje propozycje. Uznaliśmy, że muszą być skorygowane i jednocześnie podwyższone. Nowe punkty poszczególnych świadczeń, które zostały przedstawione w zarządzeniu nr 64, są częściowo zgodne z tymi, które wprowadziliśmy, a częściowo zostały zmienione. Zdziwienie budzi fakt zmniejszenia punktów przy niektórych procedurach w stosunku do obo-

wiązujących w 2007 r. Fundusz twierdzi, że dotyczy to świadczeń nadużywanych przez lekarzy. Nic nie wiedzieliśmy o tym pomyśle NFZ. I chociaż jest ich kilka i stanowią około 11 procent wszystkich świadczeń, to pomniejszenie liczby punktów stanowi zaprzeczenie idei stopniowego dochodzenia do cen rzeczywistych. Jak można dążyć do podwyżki cen świadczeń jednocześnie jeszcze bardziej pomniejszając ich wartość?

Udało się przywrócić **kontrakty na dzieci**. Pierwotnie fundusz ich nie przewidywał. Była to wielka niespodzianka dla nas. Praca z dziećmi jest bardzo trudna i specyficzna. Dobrze więc, że udało się przekonać NFZ do zmiany decyzji.

Podobnie jak z wykonawstwem **protezy dentystycznych**. Tu też fundusz zrezygnował z narzucania konieczności wykonania 156 protez rocznie. Lekarz nadal nie może zrobić więcej, ale może mniej. W zależności od potrzeb pacjentów w jego rejonie. Propozycja takiego a nie innego załatwienia problemu kolejki na protezy dentystyczne budzi wiele emocji. Może nawet najwięcej oprócz wartości punktu. Np. co zrobić, jeżeli w jakimś konkretnym rejonie brakuje techników dentystrycznych? Takiego problemu nie ma w większych ośrodkach, ale poza nimi? Poza tym czy technicy będą dysponowali takimi „mocami przerobowymi”, żeby podołać większym zamówieniom? Wreszcie jak rozliczać się z technikami dentystrycznymi, który zatrudniony jest w naszej placówce?

W Internecie pojawiło się także Zarządzenie nr 71/2007/DSOZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oceny uszeregowane zostały w tabelkach. Jedną z nich dotyczy stomatologii. Także i w tym przypadku zostaliśmy zaskoczeni. NFZ nie zechciał przedstawić nam szukanego projektu.

Tu też są zmiany, i to nie zawsze dla wszystkich korzystne. Inaczej punktowane są posiadane przez lekarzy specjalizacje. Ci z kolegów, którzy do tej pory mieli punkty (i to niemałe) za uzyskanie wyższe kwalifikacje, mogą nie otrzymać za nie teraz nic.

Znowu punktowane są windy, podjazdy i różne pochylanie, mimo że lekarze często nie mają wpływu na możliwości ich zamontowania, nie mówiąc już o kosztach.

Są punkty ujemne za stwierdzone w czasie kontroli uchybienia. Nawet jeżeli lekarz został już za nie ukarany, to teraz, przy okazji konkursu, karany jest ponownie odjęciem punktów... Natomiast pojawiły się znowu punkty za ciągłość pracy.

Radzę dokładnie zapoznać się z materiałami przedstawionymi przez NFZ. Żeby nie było niespodzianek podczas konkursu.

Proponuję także przeczytać Zarządzenie nr 53 /2007/DSOZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Szczegółowo przedstawiono tam, jakie dokumenty należy przygotować i w jaki sposób, aby potem dołączyć je do oferty konkursowej.

Na koniec wypada stwierdzić, że w 2008 r. po raz pierwszy prawdopodobnie nastąpi realna podwyżka wynagradzania za kontrakty stomatologiczne. Wzrosną punkty za poszczególne świadczenia i wartość punktu. Piszę jednak „prawdopodobnie”, bo dopóki nie mamy wszystkiego na piśmie, to... Aktualne wyliczenia pokazują, że w przyszłym roku budżet na stomatologię nie wzrośnie jednak o 65 %, ale o około pięćdziesiąt, a wzrost wartości świadczeń nie wyniesie 40% , ale od 18 do dwudziestu kilku...

Nie wiemy jaka sytuacja będzie w poszczególnych oddziałach. Czy zostanie zrealizowana zapowiedź, że we wszystkich oddziałach będą równe stawki? Mam wątpliwości... Wiemy jakie wartości punktowe otrzymały świadczenia w katalogu. Nie wiemy jeszcze jednak ile będzie wart punkt. Nie wiemy też jak będzie wyglądała sytuacja tam, gdzie będą konkursy i tam, gdzie będą tylko aneksy. Gdy będą Państwo czytać te słowa, pewnie wiadomo będzie już więcej.

Spodziewam się, że w 2008 r. finansowo będzie lepiej, choć pewnie nie aż tak jak się zapowiadało. Oczywiście jest to daleko za mało w stosunku do naszych oczekiwań. Ale jednak...

Wielokrotnie słyszeliśmy obietnice spełnienia naszych postulatów. Tym razem po raz pierwszy za obietnicami prezesa NFZ poszły czyny. Chyba, że praktyka konkursów kontraktowych rozminie się z zapowiedziami...

Andrzej Baszkowski

Zgoda pacjenta na leczenie

Niniejsza informacja jest odpowiedzią na liczne pytania zgłaszane przez lekarzy dentystów podczas dyżurów zespołu radców prawnych OIL w Krakowie.

Problemy dotyczyły roszczeń odszkodowawczych wysuwanych wobec nich przez pacjentów.

Zadania różnego rodzaju i różnej skali, bardziej lub mniej uzasadnione, w chwili obecnej nie są już tylko domeną lekarskich dyscyplin operacyjnych, ale w coraz większym stopniu związane są ze świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi przez lekarzy dentystów. W szczególności w najtrudniejszych rodzajach specjalności stomatologicznych takich jak chirurgia stomatologiczna, w tym związana z wszczepianiem implantów, endodoncja, protezyka oraz wszelkie rodzaje zabiegów estetycznych. Z tego względu na zlecenie wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie dr. Roberta Stępnia powstał ten tekst – jako odpowiedź na bieżącą potrzebę poinformowania lekarzy dentystów o ich obowiązkach, których przestrzeganie jest w dzisiejszych czasach po prostu konieczne.

Poniżej przedstawione zostały najważniejsze aspekty zgody pacjenta na leczenie, w zakresie, w jakim podstawową wiedzę na ten temat winien mieć każdy lekarz dentysta, jednakże pominięte lub jedynie zasygnalizowane zostały aspekty dla wykonywania zawodu lekarza dentyści niespecyficzne, a występujące głównie w opiece stacjonarnej, które dotyczą kwestii pacjentów nieprzytomnych; pacjentów nie wyrażających zgody na określone działania medyczne ze względów religijnych itp.

Zasada udzielania świadczeń zdrowotnych po uprzednim wyrażeniu zgody przez pacjenta wyrażona i uregulowana została w rozdziale 5 pt. „Zasady wykonywania zawodu lekarza” ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. 2005, nr 226, poz. 1943 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o zawodzie lekarza”.

Przestrzeganie odbierania od pacjentów zgody na leczenie według zasad określonych w ustawie o zawodzie lekarza jest istotne nie tylko z punktu widzenia poszanowania podstawowego prawa pacjenta do samostanowienia, ale również i z tego powodu, że wykonywanie zabiegu lecz-

niczego bez zgody pacjenta jest czynem karalnym, spenalizowanym w art. 192 KK, ściganym na wniosek pokrzywdzonego. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 31 marca 2006 r. (sygn. IACa 973/05) – zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy.

Czym jest „zgoda na leczenie”

Zgoda pacjenta jest to jednostronne, odwołalne oświadczenie, mocą którego wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawnie dopuszczalnych) przy jednoczesnym przejęciu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem. Dla skuteczności zgody pacjenta na dokonanie zabiegu medycznego istotne znaczenie ma moment jej udzielenia – powinna poprzedzać świadczenie zdrowotne. Zgoda następcza, tj. wyrażona już po udzieleniu świadczenia, nie ma mocy prawnej. Dla wykazania legalności swojego działania medycznego lekarz nie może się zatem powoływać na fakt, iż pacjent je potem zaakceptował. Zgoda pacjenta ma charakter odwołalny. Może ją skutecznie cofnąć zarówno przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jak i w trakcie jego udzielania.

Zgoda pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego, aby złożona została poprawnie, spełniać musi szereg warunków. Warunki te są – najogólniej rzecz ujmując – następujące:

1. Osoba udzielająca zgody musi być uprawniona do jej udzielenia.
2. Wyrażenie zgody musi być wynikiem swobodnej decyzji osoby je składającej powstałej na gruncie należytego rozpoznania okoliczności faktycznych.
3. Zgoda powinna być wyrażona w stosownej, przewidzianej prawem formie.

Osoby uprawnione do wyrażania zgody

Zasadą jest – zgodnie z art. 32 ustawy o zawodzie lekarza – że lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych **po wyrażeniu zgody przez pacjenta**. Pojęcie słowa „pacjent” winno być rozumiane szeroko, nie może być ono ograniczane wyłącznie do osoby chorej, ale „pacjentem” w rozumieniu ustawy o zawodzie lekarza jest każda osoba badana bądź której udzielane jest jakiegokolwiek świadczenie zdrowotne. Konieczność odbierania zgody pacjenta dotyczy także farmakoterapii, szczególnie tej o podwyższonym ryzyku wystąpienia powikłań lub objawów niepożądanych. Od zasady wyrażania zgody bezpośrednio przez pacjenta przewidziano wyjątki:

- Jeżeli pacjent jest małoletni (nie ukończył 18 lat) lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego (rodziców, opiekunów lub kuratora), a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zgoda sądu opiekuńczego. Jeżeli zaś zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania wyżej wymienionych osób, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

Przez pojęcie „badania” należy rozumieć najbardziej podstawowe czynności lekarza, polegające na oględzinach ciała i/lub badaniu fizykalnym. Jeżeli pacjent, który nie ukończył 16 lat, nie wyraża zgody na leczenie, a lekarz ma zgodę jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego, to lekarz jest zobowiązany do udzielenia pomocy. Brak zgody małoletniego pacjenta poniżej 16 roku życia nie jest w takim wypadku podstawą do odpowiedzialności lekarza za przestępstwo z art. 192 k.k.

- W przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba taka jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie zgody tej osoby. W przypadku pacjenta, który ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda.
- Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. Jeżeli taki pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Treść powyższych przepisów oznacza, że zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego musi być udzielona przez osobę zdolną do jej wyrażenia, a zatem może ją wyrazić tylko pacjent, którego stan zdrowia pozwala na przyjęcie ze zrozumieniem informacji udzielanej mu przez lekarza i podjęcie decyzji co do poddania się określonym działaniom medycznym lub co do odmowy poddania się im. Rzeczą lekarza jest ocena stanu zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta, który to stan wskazuje czy może on wyrazić zgodę w sposób świadomy. Zatem dla ważności wyrażenia zgody nie jest decydujące uzyskanie formalnej pełnoletności, lecz stopień dojrzałości pozwalający na rozeznanie własnego położenia i skutki wynikające z poddania się lub nie poddania zabiegowi lekarskiemu.

Zgoda świadoma

Wyrażona przez pacjenta zgoda musi być **zgoda świadoma**. Nie można w żadnym razie twierdzić, że niewyrażenie sprzeciwu stanowi zgodę – zwłaszcza jeśli pacjent nie uzyskał niezbędnej informacji. Zgoda musi dotyczyć konkretnego działania, nie ma prawnego znaczenia zgoda blankietowa – np. taka, jaka bywa odbierana przy przyjęciu do poradni lub

szpitala, w ramach której pacjent składa oświadczenie, że zgadza się na leczenie. **Zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, przy czym zakres ten najdalej sięga w przypadku zabiegów, za którymi nie przemawiają bezwzględne wskazania, a są przeprowadzane głównie dla celów estetycznych.** Wymaganie zgody pacjenta na podjęcie zabiegu głównie dla celów estetycznych jest zachowane wtedy, gdy został on uprzednio dostatecznie poinformowany także o szczególnych – czyli **wszelkich mniej lub bardziej możliwych do przewidzenia skutkach zabiegu**. Podkreślić więc trzeba, że **lekarz odpowiada nie tylko za winę w samym procesie leczenia, lecz także za każdą winę nie dotyczącą techniki medycznej, a więc i za niedoinformowanie pacjenta o ryzyku i skutkach zabiegu**. Samo zaś uzyskanie formalnej zgody pacjenta bez poinformowania go o ryzyku i skutkach zabiegu powoduje, że jest to zgoda „nieoświadczona” i jako taka jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć o proponowanej metodzie leczenia, ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zakres obowiązku informacji nie zależy od tego, co lekarz sądzi, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od lekarza, aby podjąć „poinformowaną” i inteligentną decyzję wobec proponowanego zabiegu (wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 29.09.2005 r., sygn. IACa 236/05).

Zmiana zakresu zabiegu w jego trakcie

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

dokończenie na str. 26

styki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O okolicznościach tych lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.

zmiana zakresu zabiegu była nieprzewidywalna, a jej konieczność wynikła nagle w trakcie zabiegu. W tym kontekście należało zwrócić uwagę na obowiązek lekarza, aby poinformować pacjenta przed przystąpieniem do czynności medycznej o możliwych komplikacjach i ewentualnej potrzebie zmiany zakresu zabiegu. Brak takiej informacji w sytuacji, gdy było możliwe przewidzenie komplikacji, zmuszającej do zmiany zakresu zabiegu, nie wyłącza odpowiedzialności lekarza za dokonanie zabiegu bez zgody pacjenta.

Co do zasady **zgoda pacjenta** (lub osób wyrażających zgodę w jego imieniu) **może być wyrażona ustnie** albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. Jest to tzw. **zgoda konkludentna**, wyrażana poprzez takie zachowanie pacjenta, które wskazuje jednoznacznie na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym. W typowych sytuacjach występujących w gabinetach stomatologicznych – czy-

li w przypadku badania lub wykonywania prostych wypełnień jest to zgoda zupełnie wystarczająca.

Natomiast w przypadku **zabiegów operacyjnych** lub stosowania metod leczenia (lub diagnostyki) o **podwyższonym ryzyku dla pacjenta** lekarz musi uzyskać **pisemną zgodę pacjenta**. W przypadku lekarzy dentyistów dotyczy to w pierwszym rzędzie zabiegów chirurgicznych, a ponadto leczenia endodontycznego oraz protetycznego.

Ze všech miar požadane jest pobíránie písomnej zгоды v prípade všetkých zákrokov estetických, hlavne dla účelov dôvodových, na výpadek vysúvania przez pacientov roszczeń odszkodowawczych opartých na zarzúcie braku náležitej informácie o možných komplikáciach, dolegliwosciach lub ewentualnym niepowodzeniu zákroku.

Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji zabiegów wyżej opisanych lekarz ma obowiązek udzielenia mu wyczerpującej informacji. Ułatwieniem byłoby opracowanie prostej w przekazie, ale w miarę możliwości wyczerpującej informacji na temat specyfiki zabiegu, możliwych powikłań, komplikacji, przebiegu i czasu leczenia, gojenia – osobno dla zabiegów chirurgicznych, endodontycznych, protetycznych oraz estetycznych. Informacja ta byłaby załącznikiem (podpisany przez pacjenta) do oświadczenia o zgodzie na leczenie. Również zasadne byłoby opracowanie i przedstawianie pacjentom do wypełnienia ankiety medycznej, za pośrednictwem której prowadzony byłby niezbędny wywiad medyczny. Ankieta ta stanowiłaby załącznik do pisemnej zgody na leczenie.

Pisemna zgoda winna zawierać rodzaj zabiegu, jakiemu ma się poddać pacjent wraz ze wskazaniem wybranej metody, a także oświadczenie pacjenta o zapoznaniu go z typowymi i przewidywalnymi możliwymi powikłaniami, powikłaniami nietypowymi oraz ryzyku zabiegu i jego następstwach. Zgodę pacjenta powinien zamykać własnoręczny podpis pacjenta i lekarza odbierającego zgodę. W przypadku niemożności podpisania własnoręcznie przez pacjenta powinny być podpisane przez osoby potwierdzających wolę pacjenta ze wskazaniem przyczyny braku podpisu chorego.

Obok przedstawiam wzór przykładowej zgody na wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Agnieszka Nawara-Dubiel

czytelny podpis pacjenta
(rodzica lub opiekuna)

Akademia Pierre Faucharda



Akademia Pierre Faucharda (APF) została założona w roku 1936 w Stanach Zjednoczonych (Minneapolis w stanie Minnesota).

Pomysłodawcą i założycielem był amerykański lekarz dentysta Elmer S. Best. W swojej pracy zawodowej dążył do stałego podnoszenia kwalifikacji, a skupiając wokół siebie naukowców – do wdrażania w stomatologii obiektywnych wyników ich pracy, niezależnych od działań komercyjnych.

Akademia jest organizacją honorową, której członkiem można zostać jedynie na podstawie zaproszenia.

Na patrona Akademii wybrano francuskiego dentystę Pierre Faucharda (1678-1761), uważanego za ojca współczesnej stomatologii. W swoim fundamentalnym dziele „Chirurg dentysta – czyli traktat o zębach”, wydanym w 1728 r., zawarł on całą ówczesną wiedzę na temat chorób zębów i jamy ustnej. Do historii przeszły jego osiągnięcia w dziedzinie stomatologii zachowawczej, chirurgii, protetyki, a także ortodoncji i... implantologii. Jego dwutomowe dzieło jest uważane za pierwsze naukowe opracowanie zagadnień stomatologicznych.

Cele statutowe zostały opisane w konstytucji Akademii. Są to:

- podnoszenie rangi, wiedzy i umiejętności stomatologów poprzez udostępnianie im zawodowych czasopism przekazujących osiągnięcia i problemy współczesnej stomatologii,
- zachęcanie stomatologów do wydawania własnych prac, co umożliwi im korzystanie z ich dorobku,
- zachęcanie poprzez doroczne nagrody do udziału w rozwoju stomatologii i działalności na rzecz środowiska stomatologicznego,
- ułatwianie kontaktów między czołowymi przedstawicielami zawodu oraz tymi, którzy prezentują wiedzę naukową, techniczną lub ekonomiczną,
- wspieranie studentów stomatologii, ułatwianie im postępu zawodowego i naukowego oraz zachęcanie wszystkich stomatologów do stałego dokształcania,
- działanie na rzecz poprawy stanu zdrowia jamy ustnej poprzez zapobieganie, leczenie i rehabilitację,
- tworzenie więzi między członkami ze szczególnym uwzględnieniem odpowiedzialności za zdrowie innych.

Akademia wydaje dwumiesięcznik „Dental World”, w którym drukuje wiadomości dotyczące działalności Akademii oraz naukowy magazyn „Dental Abstract”.

APF przyznaje kilka prestiżowych nagród i wyróżnień, m.in. „Złoty Medal Faucharda”, przyznawany jednej osobie w roku za wybitne osiągnięcia w rozwoju stomatologii. Nominację zgłasza kapituła złożona ze wszystkich posiadaczy tego medalu, a zatwierdza rada nadzorcza. Odpowiednikiem „Złotego Medalu” dla lekarzy dentyków spoza USA jest „Nagroda Pamięci Elmera S. Besta”, przyznawana także jednej osobie, raz w roku. Ustanowiono także nagrodę dla członków Akademii, którzy wnieśli wybitny wkład w jej rozwój.

Obecnie APF składa się z 55 sekcji działających w USA i 64 sekcji w innych krajach świata (w tym Sekcja Polska).

Pierwszymi członkami APF z Polski zaproszonymi przez sekcje amerykańskie byli: w 1985 r. profesorowie Kazimierz Dominik i Zofia Knychalska-Karwan, a od r. 1986 prof. Zbigniew Jańczuk. Wraz z ówczesnym prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Włodzimierzem Józefowiczem rozpoczęli prace nad zorganizowaniem Polskiej Grupy APF. Sekcja Polska APF zainaugurowała swoją działalność 24 czerwca 1991 r. podczas Kongresu Stomatologów Polskich w Warszawie.

Oficjalna rejestracja Stowarzyszenia p.n. Akademia Pierre Faucharda Sekcja Polska, zgodnie z prawem polskim, nastąpiła dopiero w 1999 r. Przyjęto wtedy Statut Sekcji Polskiej, który uwzględnia uregulowania wynikające z ustawy o stowarzyszeniach. Cele APF Sekcji Polskiej pokrywają się z cytowaną wcześniej Konstytucją APF. Wyróżniono również zadania związane z kształtowaniem i propagowaniem zasad etyki zawodowej oraz upowszechnianiem wśród lekarzy dentyków idei Akademii Pierre Faucharda.

Zgodnie ze statutem członkiem zwyczajnym Sekcji Polskiej może zostać lekarz dentysta, który:

- posiada dyplom ukończenia studiów stomatologicznych od co najmniej dziesięciu lat,

- wniósł znaczący wkład w rozwój nauki lub praktyki stomatologicznej,
- cieszy się ogólnym poważaniem w środowisku lekarskim, a jego postawa etyczno-moralna nie budzi zastrzeżeń,
- otrzymał od dwóch członków APF Sekcji Polskiej zaproszenie do zrzeszenia się w niej.

Działalność Sekcji koncentrowała się dotąd głównie na następujących tematach:

- Promocja Zespołu Stomatologicznego.
- Kontakty i współpraca z Zarządem Głównym APF w USA.
- Współpraca z niektórymi towarzystwami i instytucjami.
- Publikacje na temat APF i Sekcji Polskiej.
- Sprawy organizacyjne Sekcji Polskiej.

Przewodniczącym Sekcji Polskiej od początku jej istnienia (1991) aż do 2003 r. był prof. Zbigniew Jańczuk, wiceprzewodniczącym prof. Eugeniusz Spiechowicz, a sekretarzem prof. Jadwiga Banach.

Podczas zebrania członków Sekcji Polskiej w 2003 r. wybrany został Zarząd i działa w składzie:

przewodniczący – prof. **Eugeniusz Spiechowicz**,
wiceprzewodnicząca – prof. **Elżbieta Mierzińska-Nastalska**,
sekretarz – lek. dent. **Zbigniew Klimek**,
skarbnik – lek. dent. **Zdzisław Małeńczyk**,
członkowie – prof. **Jadwiga Banach**, prof. **Zbigniew Jańczuk**, prof. **Marek Ziętek**.

Podczas zebrania sprawozdawczo-wyborczego 12 września 2007 r. wybrano na kolejną kadencję Zarząd w składzie zaprezentowanym.

Zebrania członków Sekcji Polskiej APF odbywają się raz w roku, w przeddzień otwarcia Zjazdu Zespołów Stomatologicznych i wystawy CEDE w Łodzi. W związku z przeniesieniem od przyszłego roku CEDE do Poznania należy się spodziewać również zmiany miejsca zebrań Sekcji.

Zebrania APF Sekcji Polskiej zwykle odbywają się według przyjętego planu. Na początku wręczane są dyplomy członkom przyjętym w roku poprzednim. Dyplomy te, wraz z odznaką APF i listem od Prezydenta APF, przygotowuje Zarząd Akademii w USA. W ubiegłym roku przyjęto profesorów Zdzisława Bereznowskiego i Leszka Krysta. W kolejnym punkcie programu prezentowane są kandydatury osób zgłoszonych do Sekcji Polskiej APF. Następnie, bez obecności zainteresowanych, kandydatury te są głosowane przez uczestników zebrania. O przyjęciu w poczet członków zwyczajnych decyduje Ogólne Zebranie Członków, a nie Zarząd Sekcji.

W roku bieżącym członkami zostali dr n. med. Małgorzata Radwan-Oczko (AM we Wrocławiu) i dr Andrzej Baszkowski (prywatna praktyka w Poznaniu).

Następnie prezentowane są referaty przygotowane przez członków Sekcji. Zwykle dotyczą jednego tematu proponowanego przez Zarząd. W tym roku, ze względu na to, że zebranie miało charakter sprawozdawczo-wyborczy, prezentowano tylko jeden referat – prof. Marka Ziętka (prezydenta PTS) pt. „Zadania, rola i działalność Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego aktualnie i w przyszłości”.

Po referatach następuje dyskusja. Zebranie kończą wolne wnioski i spotkanie koleżeńskie.

W roku bieżącym zebranie, poza wymienionymi punktami, było zebraniem sprawozdawczo-wyborczym. Zebranie Członków udzieliło absolutorium Zarządowi, a w tajnym głosowaniu powierzyło pełnienie funkcji w Zarządzie tym samym osobom, które sprawowały je w poprzedniej kadencji.

Tegoroczne zebranie zapisze się też w pamięci dwoma szczególnymi wydarzeniami.

Po raz pierwszy w historii działalności Sekcji Polskiej APF władze Akademii w USA przyznały nagrodę przeznaczoną dla najlepszego studenta 4 roku oddziału stomatologii w Polsce, w roku akademickim 2006/2007. Po spełnieniu założonych kryteriów, Zarząd Sekcji Polskiej przyznał swoją uchwałą tę nagrodę Annie Ostrowskiej z AM w Warszawie. Nagrodę podczas zebrania wręczył, w obecności dziekana Oddziału Stomatologii AM w Warszawie prof. Renaty Górskiej, przewodniczący Sekcji Polskiej prof. Eugeniusz Spiechowicz.

Drugim wydarzeniem wyjątkowym było przyznanie po raz pierwszy w Polsce honorowego członkostwa APF Sekcji Polskiej. Na wniosek Zarządu, Ogólne Zebranie Członków swoją uchwałą przyznało tę godność Annie Deji-Berdule, z firmy EXACTUS, za wybitny wkład w rozwój stomatologii w Polsce i promowanie idei Akademii Pierre Faucharda.

Sekcja Polska Akademii Pierre Faucharda liczy 87 członków zwyczajnych oraz 5 członków wspierających (towarzyszących).

Więcej informacji
o Akademii Pierre Faucharda:
<http://www.fauchard.org>

lek. dent. Zbigniew Klimek
sekretarz
Sekcji Polskiej APF

Skutki uboczne stomatologii i... nie tylko



REKLAMA

Wyjechałam z Polski w maju 1989 r. Mama dała mi 600 dolarów do kieszeni i zapłaciła za bilet. Tata oczywiście był temu przeciwny. Chcę mieć wnuki przy sobie – mówił...

Byłam tuż po stażu, gdy podniosłam dwie walichy, wsiadłam do samolotu i wylądowałam na lotnisku w Chicago. To było tylko na próbę. Na chwilę. Na wakacje... Spodobało mi się jednak, szczególnie to „nieznane”, ale co tu ukrywać – uczucia były mieszane. Pomyślałam: zobaczymy, co z tego wyjdzie.

Po dwóch i pół roku pracy jako *baby sitter*, asystentka dentystyczna, sprzątacza, panienka do towarzystwa dla starszej pani miałam Ameryki dość. Byłam spakowana i gotowa wracać do Polski.

Szybko jednak wszystko się poplątało: wyszłam za męża, urodziłam dziecko, nostryfikowałam dyplom i poszłam do pracy, a po paru latach otworzyłam własny gabinet. Ale szczęście nie trwało długo. Po półtora roku „na własnym” zachorowałam. Ręce mi opuchły, a instrumenty z nich wypadały. Nie mogłam robić podstawowych rzeczy wokół siebie i domu, nie mówiąc o pracy stomatologicznej.

No i gdzież bym miała lepszą opiekę lekarską niż w Polsce?

Oczywiście przyjechałam do domu. Byłam pod najlepszą opieką lekarską na świecie. Bardzo pomogli mi lekarze i fizykoterapeuci. Diagnoza była jednoznaczna: obustronne zapalenie nadgarstków. Znają Państwo symptomy... Po badaniach neurologicznych okazało się, że problem istnieje prawdopodobnie w „okolicy kręgosłupa”. Doktor zalecił ćwiczenia...

Niestety, to nie wystarczyło. Po powrocie do USA poszłam do chirurga ręki, a ten zaproponował leki antydepresyjne. Oczywiście po wyjściu z jego gabinetu taki lek rzeczywiście by mi się przydał... Diagnoza brzmiała: *Chemical Imbalance*... Nie wiedziałam co robić, nie wiedziałam dokąd się zwrócić po pomoc. Szukając na wycucie poddałam się akupunkturze i masażom. One najbardziej mi pomagały. Po nich mogłam jeździć samochodem, trzymać widelec w ręku i wreszcie przekręcić klucz w zamku. Niezbyt długo wytrzymałam jednak bez masażu. Ból wracał jak bumerang,

musiałam powtarzać je raz w tygodniu. Oczywiście ciągle nie było mowy o powrocie do stomatologii, bo ręce i kręgosłup były za słabe.

Ciągle nie mogłam wykonywać podstawowych czynności życiowych. Nie mogłam zagrać w piłkę z moją 8-letnią wtedy córeczką, otworzyć słoika czy puszkę Pepsi...

Po 5 latach mąż mojej masażystki – *chiropractor* (chiropraktyka – kręgarstwo – przyp. red.) wręcz poprosił mnie, bym do niego przyszła. Wahałam się, ale w końcu pomyślałam, że nie mam nic do stracenia: i tak nie mogę praktykować jako aktywny stomatolog, więc nawet jeżeli *chiropractor* złamie mi szyję i zrobi ze mnie paralityka... przynajmniej dla wszystkich sprawa będzie jasna i nikt już nie będzie o mnie plotkował, że wyszłam dobrze za męża i stomatologia mi się znudziła. Bo tacy też byli!

Tymczasem... po dwóch tygodniach terapii mogłam wykonywać swobodnie wszystkie czynności, które były dla mnie pełną utopią przez ostatnie 5 lat!

Przez pół roku mój *chiropractor* nawiązał mi, bym powróciła do stomatologii. Strach nie pozwalał mi jednak wykonać poważnego kroku. W tym czasie robiłam licencję agenta nieruchomości. Myśli o powrocie do fotela i możliwości nawrotu dolegliwości przerażały mnie. Znajomi pytali: Myślisz, że to ci wystarczy na dłuższą metę? Pytanie dzwoniło mi w uszach...

No i stało się... Od półtora roku pracuję 6 dni w tygodniu jako stomatolog. Podnoszę ciężarki. Ćwiczę. Chodzę do *chiropractora*, bywa – raz w miesiącu. Jestem tak silna, że czasami mam wrażenie, iż mogłabym udusić moich pacjentów... gdy nie płacą (!), a poważnie – dla nich też mam wnioski ze swojej „przygody”. Bardzo często, gdy narzekają na bóle w stawie skroniowo-żuchwowym, szyi i okolicach – wysyłam ich na konsultację do *chiropractora*, jeszcze zanim zabiorę się za rekonstrukcję ich zgryzu.

Zwłaszcza – gdy pracują przy komputerach itp.

Nie jest to w Stanach powszechna praktyka. Często na wykładach ortodontycznych, wykładach o zgryzie i o stawie skroniowo-żuchwowym (TMJ) pytam wykładowców, co myślą o kierowaniu pacjentów przynajmniej na konsultację do *chiropractora*... Udają, że nie słyszą...

Biorąc pod uwagę to, że dużo ludzi ma problemy z kręgosłupem, co objawia się symptomami w łokciach lub nadgarstkach, a *chiropractor* to jeden z niewielu lekarzy mogących wyleczyć bez operacji... czyż nie jest sensowne skierowanie do niego stomatologicznego pacjenta, przynajmniej na konsultację?... TMJ jest troszkę bliżej kręgosłupa niż ręce...

Pomyśleć tylko, że był czas, kiedy *American Medical Association* chciało znieść zawód *chiropractora* z powierzchni ziemi. Obecnie *chiropractorzy* kształceni są w college’u i uzyskują tytuł *doctor of chiropractic medicine*. Zajmują się „manipulacją kręgosłupa”. Chodzi o to, że nawet drobne zmiany w kręgosłupie, niewielkie dyslokacje kręgów mogą uciskać na nerwy i powodować niewspółmiernie silne bóle. Pozycje, jakie przyjmujemy czasem w pracy, np. przy fotelu dentystycznym, komputerze czy nawet oglądaniu telewizji, mogą być przyczynami patologicznych zmian i w konsekwencji olbrzymich dolegliwości. Wiem po sobie, że w takich przypadkach *chiropractorzy* pomagają.

Ludzie boją się nowych metod, są też sceptyczni wobec opisanego tu rodzaju leczenia. Także lekarze. Myślę jednak, że gdyby lekarze medycyny tradycyjnej i *chiropractorzy* zgodzili się na pewne metody i sekwencje leczenia, to wielu pacjentów byłoby szczerze i mile zaskoczonych efektami zabiegów... Również wśród moich koleżanek i kolegów stomatologów.

Marta Speakman, D.D.S., P.C., USA

REKLAMA

Medyczny Nobel 2007



Przełomowe badania nad komórkami macierzystymi zostały nagrodzone pierwszym tegorocznym Noblem. Dziesięcioma milionami szwedzkich koron podzielią się

Mario Capecchi z Salt Lake City (USA)

Oliver Smithies z Uniwersytetu Północnej Karoliny (USA)

oraz Martin Evans z Uniwersytetu w Cardiff (Wielka Brytania)



Opracowana przez nich technika wywoływania genetycznych modyfikacji myszy umożliwiła badanie roli poszczególnych genów. W szczególności zaś pozwoliła na analizowanie genetycznych przyczyn nowotworów, chorób układu krążenia czy cukrzycy.

Dzięki tegorocznym noblistom możliwe stało się tworzenie myszy z wyłączonymi genami. Obserwując skutki takiego działania u żywych zwierząt można sprawdzić, za co dany gen odpowiada.

Designerskie myszy

„W ten sposób można badać niemal wszystkie aspekty fizjologii ssaków” – napisała w uzasadnieniu Komisja Noblowska. Dzięki metodzie opracowanej przez tegorocznych laureatów do dziś stworzono myszy z wyłączonymi ok. 10 tys. genów, czyli przebadano mniej więcej połowę całego genomu tych zwierząt. Stworzono też blisko pół tysiąca zwierzęcych modeli ludzkich chorób.

Udokumentowane badania nad zmodyfikowanymi myszami wyhodowanymi dzięki pracom tegorocznych noblistów pojawiły się zaledwie w 1989 r. Aby do tego osiągnięcia doprowadzić, konieczne było jednak prowadzenie badań na dwóch polach. Jednym było

włączenie odpowiednio spreparowanego odcinka DNA do genomu zwierząt. Drugim – wyhodowanie zwierząt wyposażonych w pożądaną modyfikację.

Mieszanie w DNA

Pierwszym problemem zajmowali się – niezależnie od siebie – Mario Capecchi i Oliver Smithies. Posłużyli się wnioskami z badań laureata Nagrody Nobla z 1958 roku – Joshui Lederberga. Zauważył on, że między parami chromosomów (w których znajduje się DNA) może dochodzić do wymiany informacji (tzw. rekombinacji homologicznej).

Capecchi i Smithies uznali, że zjawisko to można wykorzystać do wprowadzenia poprawek w DNA. Pierwszemu udało się dowiedzieć, że taka wymiana może zachodzić w komórkach ssaków między DNA dostarczoną z zewnątrz a własnymi chromosomami organizmu. Próbował w ten sposób m.in. naprawić niewłaściwie funkcjonujące geny. Ubiegał się nawet o grant od amerykańskiego National Institutes of Health, ale jego wniosek odrzucono jako słabo udokumentowany. Co ciekawe, podobną strategię proponował brytyjskiej Radzie Badań Medycznych Martin Evans. Uznano ją za zbyt ambitną.

Oliver Smithies, manipulując materiałem genetycznym w komórkach ludz-

kich, usiłował usunąć wady wrodzone. Badania nad rekombinacją prowadził już od lat sześćdziesiątych. Jednak powiodło mu się blisko 20 lat później – przełomowe badania opisał w prestiżowym „Nature” w 1985 r. Ale eksperymenty Mario Capecchi i Olivera Smithiesa miały zasadniczą wadę – z badanych komórek nie mógł powstać organizm dysponujący pożądanymi modyfikacjami DNA. Aby te cechy przekazać, konieczne było wprowadzenie zmian do komórek rozrodczych. I tu z pomocą przyszły wyniki badań Martina Evansa.

Komórki z zarodków, zarodki z komórek

Evans początkowo eksperymentował z komórkami nowotworów – potrafiącymi wytwarzać dowolny typ tkanek. Wkrótce naukowiec zorientował się, że znacznie lepsze są – właśnie przez niego odkryte – komórki macierzyste z mysich embrionów. Po pobraniu ich z jednego zarodka badacz wstrzykiwał je innemu, uzyskując w ten sposób zwierzęta, których DNA stanowiło tzw. mozaikę.

W 1986 r. na łamach „Nature” Evans ogłosił, że metoda ta świetnie nadaje się do tworzenia zwierząt transgenicznych. Kolejnym krokiem było przeprowadzenie w komórkach zarodkowych odpowiednich zmian genetycznych (dokonano tego przy użyciu wirusów) i sprawdzenie, czy zmiany te występują u wyhodowanych z tych komórek myszy.

W połowie lat osiemdziesiątych wszystkie niezbędne elementy potrzebne do tworzenia zwierząt z wybitymi genami były już gotowe. Mario Capecchi testował m.in. geny odpowiedzialne za formowanie się ciała myszy, a wyniki tych badań przeniesiono następnie na człowieka. Evans i Smithies zajęli się natomiast jedną z najczęściej występujących u ludzi chorób uwarunkowanych genetycznie: mukowiscydozą.

Wkrótce opracowana przez noblistów metoda pozwoliła stworzyć zwierzęce modele nadciśnienia, miażdżycy, a także wielu rodzajów nowotworów ludzi.

Piotr Kościelniak

„Rzeczpospolita”, 8.10.2007

Stolica chirurgów w Krakowie

Środowisko chirurgów Krakowa i Polski czeka już w dn. 29 listopada – 1 grudnia 2007 r. 11 Zjazd Europejskiego Towarzystwa Chirurgii (European Society of Surgery).

Organizatorzy konferencji: przewodniczący ESS prof. dr hab. med. Jan Kulig wraz z zespołem I Katedry Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej CM Uniwersytetu Jagiellońskiego, spodziewają się ponad trzystu wybitnych chirurgów z Polski, Europy oraz USA. Ich udział ma spore znaczenie dla integracji całego środowiska chirurgicznego naszego kontynentu i Polski, włączając kraje Europy Wschodniej. Siedziba Europejskiego Towarzystwa Chirurgów zostanie przeniesiona do Krakowa, a prof. Jan Kulig przez następne 6 lat będzie jego sekretarzem generalnym.

Tematyka Konferencji będzie dotyczyła wielu problemów współczesnej chirurgii,

Kulig. Na zjeździe przedyskutowana zostanie koncepcja wspólnego egzaminu europejskiego z chirurgii ogólnej uznawanego w krajach UE również dla chirurgów z Polski i krajów dawnej Europy Wschodniej. Taka forma egzaminu funkcjonuje już w zakresie urologii czy transplantologii. Dr Tomasz Kruszyna, adiunkt Katedry Chirurgii Ogólnej, zdał w Pradze jako jedyny z Polaków egzamin z zakresu chirurgii transplantologicznej uznawany w całej Europie.

Program naukowy Konferencji poprzedzą warsztaty praktycznego szkolenia zorganizowane w I Katedrze Chirurgii Ogólnej dotyczące chirurgii małoinwazyjnej nowotworów okrężnicy i odbytnicy, które zakończone będą przyznaniem Certyfikatu European Society of Surgery.

Konferencja ESS będzie też miejscem kolejnego ważnego wydarzenia, jakim jest spotkanie europejskiej grupy chirurgów i badaczy zajmujących się problemami leczenia i etiopatogenezy raka żołądka. Grupa ta kierowana przez wybitnych profesorów Williama Alluma z Londynu oraz Hansa J. Meyera z Kolonii skupi kilkudziesięciu ekspertów chirurgii i nauk podstawowych. Ich zadaniem jest opracowanie wytycznych i stworzenie projektu, który złożony zostanie do 7 Ramowego

Programu Europejskiego (FP7) celem pozyskania funduszy na realizację badań oraz ujednolicenie systemu diagnostyki i leczenia raka żołądka.

W nowym statucie ESS powołuje się w Krakowie centrum europejskiego szkolenia w zakresie chirurgii ogólnej i współczesnych technik chirurgicznych, które w oparciu o doświadczenia polskich chirurgów i grupy wybranych specjalistów z Europy i USA będzie prowadzić regularne szkolenia teoretyczne, audiowizualne z użyciem symulatorów, a także praktyczne w sali operacyjnej. Po ukończeniu programu uczestnicy otrzymają certy-

fikat European Society of Surgery – zapewnia prof. Kulig.

Europejskie Towarzystwo Chirurgii to forum dla placówek chirurgicznych, zakładów naukowych i katedr umożliwiających nawiązanie współpracy naukowej i zawodowej oraz kreowanie nowych programów badawczo-naukowych międzyośrodkowo, a także ułatwia współpracę z prestiżowymi organizacjami administracji Unii Europejskiej, co przyczynia się do wprowadzenia najnowocześniejszych metod i technik leczenia chirurgicznego oraz pozyskiwania środków na badania naukowe. Takim przykładem jest nawiązana przez naszą Katedrę współpraca z zespołem prof. Petera McCullocha z Wielkiej Brytanii – mówi prof. Kulig. – Jego zespół wspólnie z chirurgami naszej Katedry jako pierwszy w Polsce wykona w naszej Klinice operacje laparoskopowe rozległego wycięcia żołądka i trzustki w ramach europejskiego kursu praktyczno-szkoleniowego. Innym przykładem jest współpraca naukowa z grupą chirurgów europejskich działającą pod kierownictwem prof. Thomasso Bellandi, mająca na celu opracowanie epidemiologii i etiopatogenezy schorzeń chirurgicznych i onkologicznych z analizą najczęstszych opóźnień w leczeniu zależnych tak od chorego jak i ośrodków leczących.

Więcej informacji www.ess2007.pl

(ms)



jak też oceny metod stosowanych w leczeniu schorzeń chirurgicznych, w tym nowotworów wątroby, dróg żółciowych, jelita grubego i odbytnicy, żołądka, sutka, tarczycy, nadnerczy. Oceniona zostanie skuteczność metod współczesnej chirurgii stosowanych rutynowo do tej pory, ale też rozwijających się ostatnio dynamicznie nowych technik, m.in. laparoskopię, endoskopię, robotyzację czy małoinwazyjne zabiegi wykonywane poprzez dostęp endoskopowy z wykorzystaniem naturalnych otworów ciała.

– Chcemy, by konferencja krakowska sprzyjała integracji kształcenia w zakresie chirurgii ogólnej w Unii Europejskiej na bazie stworzonych ośrodków szkolenia praktycznego z wykorzystaniem najnowszych metod komputeryzacji i telemedycyny – powiedział nam prof. Jan

Nowe władze PTL

22 września 2007 r., podczas Krajowego Zjazdu Delegatów PTL w Katowicach, wybrano 70-osobowy Zarząd Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Wyłoniono Prezydium, w składzie: prof. dr hab. med. **Jerzy Woy-Wojciechowski** – prezes, dr med. **Adam Czarnecki** – wiceprezes, dr med. **Jerzy Dosiak** – wiceprezes, prof. dr hab. med. **Jerzy Pogański** – wiceprezes, dr **Feliks Łapkiewicz** – sekretarz, dr **Zbigniew Miller** – sekretarz, doc. dr hab. med. **Marek Gawdziński** – skarbnik, dr **Krzyszyna Podgórska** – z-ca skarbnika, dr **Jacek Burski**, dr med. **Dariusz Ratajczak**, dr med. **Maciej Hamankiewicz**, dr **Barbara Siwińska**, prof. dr hab. med. **Hanna Stypulkowska-Misiurewicz**, dr med. **Marek Świtalski**, dr med. **Janusz Wasilewski**, dr **Beata Zawadowicz**. Więcej informacji o działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: www.ptl.org.pl

Skąd się brali doktorzy?⁽¹⁾

Zygmunt Wiśniewski

W latach przed i po I wojnie światowej, w Polsce także w latach dwudziestych zeszłego stulecia, jednocześnie praktykowali lekarze, którzy otrzymali dyplomy zawodowe przyznawane w różnych ośrodkach medycznych, w różnych okresach i według różnych kryteriów. Legitymowali się dyplomami wydziałów lekarskich uniwersytetów, na których figurowały tytuły: doktor, doktor medycyny, doktor wszech nauk lekarskich, a z czasem najczęściej po prostu – lekarz.

Do wszystkich pacjenci zwracali się: Panie doktorze! I po dziś dzień tak się zwracają. Jest to tytuł godnościowy. Powstał i utrwalił się w wyniku wielowiekowej tradycji. Ta tradycja jest tak długa, jak uniwersytety, i jak wydziały lekarskie tych uczelni.

Na początku byli doktorzy

Historycznie najwcześniejsze informacje o polskich lekarzach i doktorach pochodzą z kronik Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wyszukał je, przetłumaczył z języka łacińskiego prof. J. Oettinger i opublikował w książce „Rys dawnych dziejów Wydziału Lekarskiego UJ” wydanej w 1878 r.

Z pracy tej dowiadujemy się, że wszechnicy jagiellońskiej nadano w 1525 r., mocą ustawy, uprawnienia podnoszące rangę profesorów wraz z uprawnieniami do promocji doktorskich. Ustawa ta regulowała także tok studiów medycznych.

Po dwuleciu nauk lekarskich można było ubiegać się o stopień bakalarski, a we dwa lata potem, udowodniwszy dopełnienia warunków pilnego uczęszczania

nia na odczyty, odbywania wykładów i czterech przynajmniej rozpraw publicznych, po jednej na każde półrocze, starano się o przypuszczenie do egzaminu na licencjata. Tenże znowu, po zadowalającym popisie i uzyskaniu od wicekanclerza pozwolenia, mógł przystąpić do złożenia przysięgi i do ostatecznej promocji na doktora odbywanej z wielką uroczystością, do której wchodziły znowu dysputy, obrona naukowych założeń czyli też i mowy publiczne.

Z tego rachunku można wyliczyć, że studia trwały minimum 4 lata, a okres ten trzeba powiększyć o egzamin na licencjata, przygotowanie się do egzaminu doktorskiego, odbycie „dysputy”, a w niej publicznej obrony „założeń naukowych”.

Podaje J. Oettinger także, że uczniom i bakalarzom nauk lekarskich wolno było odwiedzać chorych, albo razem z doktorami swoimi, czyli nauczycielami, albo też z ich polecenia i pod ich kierunkiem. Licencjaci zaś, po zdaniu egzaminu, dla zarobienia sobie na taksy doktorskie, mieli prawo przez jedno, a najwięcej dwa półrocza trudnić się leczeniem chorych.

Opisany przez J. Oettingera „porządek uniwersytecki” zmieniał się w szczegółach, ale w podstawowych założeniach przetrwał wieki. Zmieniły go dopiero reformy austriackie pod koniec XIX w.

Kłopoty z tytułami

Odmienne niż w Krakowie rozwijały się studia lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim. Od 1816 r. jego wydziałem lekarskim stała się, założona w 1809 r., Szkoła Lekarska.

Jesteśmy już w innej epoce, bo w Krakowie wydział lekarski UJ narodził się na początku XVI w. W Warszawie nastąpiło to w trzysta lat później.

J. Bieliński, który w 1905 r. podjął w „Krytyce Lekarskiej” problem studiów

w Warszawie, stwierdził, że za czasów Księstwa Warszawskiego i Królestwa promocje doktorskie należały do rzadkości. Wymagania były nadzwyczajne, a profesorowie wielce wymagający. Łatwiej było uzyskać stopień doktorski na uniwersytecie zagranicznym.

Kończący Wydział Lekarski ze stopniem magistra, który był pierwszym stopniem uniwersyteckim, miał prawo do wszystkich urzędów lekarskich; nie potrzebował więc magister, dla pozyskania dyplomu doktorskiego, który mu prócz sławy nic więcej nie dawał, porzucać miejsce, jakie zajmował, aby się poświęcić pracy naukowej i pisaniu rozprawy, którą mu profesorowie, niezmieennie dbali o czystość języka łacińskiego, odrzucał. Wydział więc lekarski zajmował się albo potwierdzaniem dyplomów zagranicznych, albo też urządził jubileusze dla lekarzy, którzy pięćdziesiąt lat w stopniu doktora medycyny dla społeczeństwa pracowali.

Z kąśliwej uwagi Bielińskiego o profesorach dowiadujemy się, że w Warszawie na początku XIX w. honorowano tylko prace doktorskie pisane po łacinie. Inne uniwersytety odstąpiły już od tego „klasycznego” wymogu. Dlatego polscy lekarze doktoryzowali się w Petersburgu, Moskwie, Dorpacie, Berlinie, Lipsku, Monachium.

Postępujące uzależnienie Królestwa od Rosji sprawiło, że w organizacji studiów lekarskich przyjmowano także wzorce rosyjskie.

Historyk Uniwersytetu Warszawskiego W. Stembrowicz odnotowuje problemy z tytułami zawodowymi pierwszych absolwentów Wydziału Lekarskiego.

Według statutu z 1818 r. absolwenci ci dzielili się na „wyższych” i „niższych”. Wyższymi byli doktorzy, czyli absolwenci, którzy decydowali się na otwarcie i przeprowadzenie przewodów doktorskich. Niżsi pozostawali bez tytułów zawodowych. Byli to chirurdzy,

okuliści, akuszerzy i dentyści. Niekiedy nazywano ich magistrami. Jest to chyba jedyny i odosobniony przypadek takiego tytułowania absolwentów niektórych kierunków studiów medycznych. Regulą stało się odrębne nazewnictwo. Magistrami pozostali „niżsi”, czyli nie-doktorzy wydziałów filozoficznych (humanistycznych). Wydziały medyczne zmierzwały w innym kierunku. Odpowiednikiem magistra stanie się tytuł lekarza. Ale zanim do tego dojdzie – nastąpią jeszcze w nazewnictwie medycznym powikłania.

W „Krótkim rysie dziejów Wydziału Lekarskiego” Uniwersytetu Warszawskiego W. Stembrowicz cytuje za W. Szweykowskim, rektorem z początków UW, wymagania, jakie uczelnia stawiała kandydatom na lekarzy:

Kandydat medycyny wyższej najprzód odbędzie w obecności Profesora anatomii i dwóch innych, których Dziekan przeznaczy, egzamin z anatomii praktycznej, zastosowanej do widoków chirurgii operacyjnej; z medycyny prawnej, w którym okaże wprawę w rozczłonkowaniu ciała. Egzamin około 2 godzin trwać będzie. Poczem dopiero kandydat przypuszczony być może do egzaminu teoretycznego z nauk, jakich w ciągu całego kursu na Wydziale Lekarskim słuchał. Egzamin taki będzie dwudniowy,

po godzin najmniej 4. Po egzaminie teoretycznym wykona kandydat Magisterii Medycyny i Chirurgii w obecności Profesora Chirurgii i dwóch innych, których Dziekan przeznaczy, dwie operacje chirurgiczne, jakie sobie losem wyciągnie. A na koniec przystąpi do leczenia chorych w Klinice pod okiem Profesorów właściwych.

W 1828 r. zaostrzono wymagania w stosunku do kandydatów, które eliminowały ludzi bez matury, wcześniej przyjmowanych na studia „niższe”. Wprowadzono też studia trójstopniowe: licencjata medycyny; magistra medycyny z obowiązkiem późniejszego doktoratu; magistra medycyny i chirurgii, również z obowiązkiem ubiegania się o doktorat. Wymagania egzaminacyjne koncentrowały się na praktycznej stronie wykonywania zawodu lekarza.

Medycyna na Uniwersytecie Warszawskim nie uzyskała w XIX w. rangi, jaką miała w Krakowie czy we Lwowie, nie wspominając o przodujących uniwersytetach niemieckich i rosyjskich. W czasie wojny światowej 1914-1918 kadra naukowa, na ogół złożona z Rosjan, wyje-

chała. Po odzyskaniu niepodległości rozpoczęło się mozolne budowanie Wydziału Lekarskiego UW od podstaw.

W czasach współczesnych, czyli w XIX w., utrwaliła się zasada oddzielania absolutorium studiów medycznych od tytułu doktorskiego, który trzeba było zdobywać poprzez napisanie rozprawy, czyli dysertacji. Temat pracy doktorskiej musiał być oryginalny. W praktyce oznaczało to podjęcie tematyki nowej i nowatorskiej, a więc specjalistycznej. Ambitni absolwenci studiów lekarskich, których nie zadowalał „niższy” stopień, stawali się więc specjalistami. (cdn.)



Zostań lekarzem wojskowym

Jeżeli jesteś absolwentem uczelni medycznej, lubisz wyzwania, chcesz zdobyć dodatkowy zawód, sprawdzić siebie i swoje możliwości, spełnić przysięgę Hipokratesa służąc chorym i krajowi – zostań oficerem lekarzem Wojska Polskiego. Oferta jest skierowana do kandydatów, którzy **złożyli LEP**. Szkolenie odbywa się w Studium Oficerskim w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych (CSWSMED) w Łodzi. Planowany termin rozpoczęcia szkolenia to **4 lutego 2008 r.** Oferujemy: przeszkolenie wojskowe – tylko 3 miesiące, wynagrodzenie ok. 4000 zł brutto, mieszkanie funkcyjne na czas pełnienia służby, minimalny czas służby do uzyskania emerytury 15 lat (40% uposażenia), odrębny tryb specjalizacji lekarskich odbywanych w szpitalach wojskowych. Szczegółowe informacje: www.cswsmed.pl, www.iwsz.wp.mil.pl Adres: CSWSMED 90-766 Łódź, ul. 1-go Maja 90, tel. 042-750-42-43; po linii wojskowej 444-243.

Sportowa trzynastka

Dla brydżystów 13, to liczba magiczna, wszakże każdy z 4 kolorów ma 13 kart, a marzeniem każdego przy zielonym stoliku jest wylicytowanie i zrealizowanie wielkiego szlema polegającego na wygraniu wszystkich 13 lew. Toteż fakt, że tegoroczne Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym odbywały się po raz 13 nie mógł odstraszyć od udziału miłośników impasów, przymusów, bloków i forsingów.

Miejscem rywalizacji było tradycyjnie Bogaczewo k. Morąga nad jeziorem Narie, które wykreował dla lekarskiego brydża chirurg-społecznik z Morąga Henryk Krupa. O medale walczone w 3 turniejach; na punkty meczowe (impy), zapis maksymalny (maxy), turniej drużynowy (teamów). Prawo ich zdobycia miały pary składające się z lekarzy, a w turnieju teamów drużyny z co najmniej 3 lekarzami.



Przy grobie Henryka Krupy

Już w pierwszym turnieju na impy, w którym rywalizowało 25 par, doszło do niespodzianki za sprawą debiutantów z Otwoczek k. Warszawy Pawła Skawińskiego (chirurg – szpital miejski) i Piotra Zakrzewskiego (ortopeda – szpital im. A. Grucy), którzy zdobyli złote medale wyprzedzając parę łódzkiej izby Igora Łobodzińskiego i Andrzeja Kaźmierczaka. Medale brązowe powędrowały do izby białostockiej za sprawą chirurgów ze Szpitala Wojewódzkiego w Łomży Stanisława Gawryszczaka i Ireneusza Karlikowskiego.

W turnieju na maxy triumfowała para Igor Łobodziński (dentysta – Piotrków Tryb.) i Aleksander Skop (ginekolog – Toruń) przed Robertem Pogorzelskim i Cezarym Kmiecikiem. O tytule mistrzowskim w turnieju teamów zadecydował komputer, ponieważ obie pierwsze drużyny zakończyły turniej z tym samym dorobkiem punktowym. Złoto wygrały „Gryfiki” ze szczecińskiej izby lekarskiej; Jan Archem (med. pracy – Stocznioy NZOZ Szczecin), Jan Rusin (med. pracy – Przelewice), działacz sekcji sportu i rekreacji ORL, Marek Zaborowski, emerytowany dentysta, członek sekcji sportu i rekreacji ORL, wspomagani przez byłego prezesa ZP OZBS, honorowego członka PZBS, Sybiraka, inż. rolnika Aleksandra Żakowicza. Szczególnie podkreślić trzeba występ najlepszej polskiej lekarki brydżystki Marii Moczar, chirurga dzie-



Mistrzowie na impy



Mistrzowie z Pomorskiej OIL

cięcego z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, która w parze z mężem Jurkiem zdeklasowała rywali w turnieju na impy oraz zdecydowanie wygrała turniej teamów. Tylko nieco słabszy wynik w turnieju na maxy pozbawił ją zwycięstwa w klasyfikacji generalnej, którą zwyciężył stomatolog z Piotrkowa Trybunalskiego (zob. wywca 3 medali) Igor Łobodziński, zawodnik II-ligowej drużyny GKS Bełchatów. Majka Boczar osiągnęła taki sam wynik jak drugi (wyłoniony komputerowo) Olek Skop, I-ligowy brydżysta, świetny tenisista, a przede wszystkim organizator.

To on podtrzymuje idee zmarłego 5 lat temu senatora Henryka Krupy i choć jest przewodniczącym komisji sportu toruńskiej izby, wspomaga olsztyniaków. Olek zasłużył na specjalną nagrodę *fair-play* za odstąpienie od wyegzekwowania regulaminowej kary od przeciwników w turnieju na maxy, co pozbawiło go złotego medalu i zwycięstwa w klasyfikacji generalnej. Uroczyste wręczenie medali i nagród miało miejsce przed rozpoczęciem turnieju par im. Henryka Krupy organizowanego od 5 lat przez olsztyński OZBS. Wręczając medale prezes OZBS w Olsztynie Jan



Mistrzowie na maxy z R. Kielczewskim

Rogowski oraz szef trenerów PZBS Ryszard Kielczewski wysoko ocenili poziom lekarskiego brydża, a przewodniczący komisji sportu olsztyńskiej ORL Roman Żuralski miał powody do zadowolenia. Na zakończenie organizatorzy mistrzostw tradycyjnie zapalili znicze na grobie dr. Henryka Krupy i pozostawili kwiaty z nadpaloną brydżową kartą konwencyjną.

Krzysztof Makuch

Wyniki: Turniej na impy (25 par): **1.** Paweł Skawiński, Piotr Zakrzewski - + 25,95 pkt; **2.** Igor Łobodziński, Andrzej Kaźmierczak - + 24,82 pkt; **3.** Stanisław Gawryszczak, Ireneusz Karlikowski - +23,23 pkt; **4.** Aleksander Skop, Krzysztof Makuch - + 22,55 pkt; **5.** Piotr Ratajski, Jacek Szwed - + 15,55 pkt. **Turniej na maxy** (24 pary): **1.** Igor Łobodziński, Aleksander Skop - 60,30%; **2.** Robert Pogorzelski, Cezary Kmiecik - 58,47%; **3.** Stanisław Gawryszczak, Ireneusz Karlikowski - 58,33%; **4.** Jan Achrem, Jan Rusin - 53,48%; **5.** Paweł Sawiński, Piotr Zakrzewski - 51,92%. **Turniej teamów** (12 drużyn): **1.** Jan Archem, Jan Rusin, Marek Zaborowski, Aleksander Żakowicz - 97 pkt; **2.** Igor Łobodziński, Aleksander Skop, Andrzej Kaźmierczak, Krzysztof Makuch - 97 pkt; **3.** Paweł Sawiński, Piotr Zakrzewski, Ireneusz Karlikowski, Stanisław Gawryszczak - 91 pkt; **4.** Jacek Szwed, Piotr Ratajski, Robert Pogorzelski, Cezary Kmiecik - 89 pkt; **5.** Roman Gałecki, Jacek Teleszyński, Grzegorz Buczkowski, Igor Kozankiewicz - 72 pkt. Klasyfikacja generalna: **1.** Igor Łobodziński - 120 pkt; **2.** Aleksander Skop - 116 pkt; **3.** Maria Boczar - 116 pkt; **4-5.** Ireneusz Karlikowski, Stanisław Gawryszczak - 109 pkt; **6-7.** Paweł Sawiński, Piotr Zakrzewski - 107 pkt; **8.** Andrzej Kaźmierczak - 100 pkt; **9.** Marek Zaborowski - 99 pkt; **10.** Krzysztof Makuch - 96 pkt.

Z dalekiego śródlądzia

Żeglarstwo zyskuje wśród lekarzy coraz większe zainteresowanie, czego dowodem liczba załóg startujących w Żeglarskich Mistrzostwach Polski Lekarzy w klasie turystycznej, które odbyły się w dn. 8-9 września br. na jeziorze Kisajno w Giżycku. Bazą Mistrzostw był Międzynarodowy Ośrodek Żeglarski „Almatur”.

Organizator, a była nim Komisja Kultury i Sportu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, przyjęła zgłoszenia 34 załóg (4-os.) z terenu całej Polski. Co raz częściej gościimy kolegów z dalekiego śródlądzia – Kalisza, Sosnowca, Lublina, przy mniejszym zainteresowaniu żeglarzy olsztyńskich. Regaty rozegrano systemem przesiadkowym, na 20 jachtach klasy sasanka, zawodników podzielono na dwie grupy, które przed każdym biegiem losowały jachty. Żeglując przy słabych wiatrach, ale słonecznej pogodzie, przeprowadzono po 4 wyścigi dla każdej z grup, a następnie wyłaniając zwycięzcę. Uczestnicy żeglowali bardzo spokojnie i poprawnie regatowo, nie było protestów oraz kolizji jachtów, a koleżeńska atmosfera panowała przez cały okres Mistrzostw.

W pierwszym dniu regat uczestników zaproszono na spotkanie z zespołem szantowym z Gdańska; były wspólne śpiewy oraz tańce.

Załogi prezentowały różny poziom umiejętności regatowych, ale ogólnie obserwujemy wyraźną poprawę w przestrzeganiu przepisów regatowych; pływając na jachtach o dość zróżnicowanej wartości wyczynowej najlepsi sternicy zajmowali zawsze pierwsze miejsca, zaś koledzy o mniejszej wiedzy regatowej zamykali stawkę wpływających na metę jachtów, ale ambicji nikomu nie brakowało. Ku zaskoczeniu „starych” żeglarzy wygrała załoga z dalekiego Lublina, ze sternikiem Agnieszką Mocarską, natomiast najlepsze miejsce gospodarzy, a było to 6, zajęła załoga z Olsztyna; sternikiem był Zbigniew Bloch.

Na zakończenie Mistrzostw wręczono puchar zwycięzcy, medale trzem pierwszym załogom oraz dyplomy i upominki wszystkim startującym.

Władysław Lipecki



Końcowa kolejność załóg: 1. sternik Agnieszka Mocarska, Lublin, załoga: Stefan Mocarski, Piotr Sztuczka, Konrad Fiuk; 2. st. Waldemar Ozon, Wlkp.IL, zał.: Robert Schomplug, Anna Tkaczyk-Schomplug, Izabela Ozon; 3. st. Paweł Susłowski, OIL Łódź, załoga: Andrzej Jędrzejczak, Tadeusz Tranda, Zdzisława Januszkiewicz-Jędrzejczak; 4. st. Paweł Rawski, OIL Szczecin, zał.: Halina Teodorczyk, Halina Ey-Chmielewska, Mateusz Toloczko; 5. st. Bogusław Pławewski, Beśkidzka IL, zał.: Przemysław Pławewski, Krzysztof Niespał, Sławomir Bielawski; 6. st. Zbigniew Bloch, Olsztyn, zał.: Paweł Budziewski, Tomasz Bloch, Janusz Ustyniuk; 7. st. Izabela Sikorska, Gdynia, zał.: Anna Majewska, Dariusz Maćkiewicz, Tomasz Przyjemski; 8. st. Mirosław Półtorzycki, Biskupiec, zał.: Andrzej Dudkowski, Kuba Półtorzycki, Maciej Półtorzycki; 9. st. Piotr Borkowski, Firma Gedeon Richter, zał.: Ewa Borkowska, Radosław Szczerbicki; 10. st. Marek Kmieć, Kalisz, zał.: Ewa Kmieć, Mikołaj Kmieć, Piotr Tyrojny.

Gaudeamus igitur

8888 młodych ludzi szturmowało w tym roku bramy warszawskiej Akademii Medycznej.



Szczęście dopisało co piątemu kandydatowi, a z indeksów cieszy się ponad 1,7 tys. młodych medyków. Ponad 2,1 tys. walczyło o 370 miejsc na dwóch wydziałach lekarskich, jednak najtrudniej było dostać się na techniki dentystyczne, gdzie o jedno miejsce walczyło blisko 20 kandydatów. – Na uwagę zasługuje większe niż w ubiegłym roku zainteresowanie pielęgniarstwem i położnictwem – informuje rektor prof. Leszek Pączek. – Na pielęgniarstwie liczba kandydatów wzrosła o 10 proc., jednak prawdziwym zaskoczeniem jest położnictwo, gdzie liczba aplikacji zwiększyła się prawie o połowę.

Warszawska uczelnia kształci na 9 kierunkach i w czterech specjalnościach. Akademia prowadzi ponadto nauczanie w ramach zawodowych kursów specjalizacyjnych i doksztalających. W AM w Warszawie studiuje ponad 10 tys. studentów i pracuje 1352 nauczycieli akademickich, w tym 88 profesorów oraz 581 adiunktów.

Kolejny rok akademicki rozpoczął wykład inauguracyjny „Niektóre zagadnienia etyczne pracy w służbie zdrowia” ks. abp. Kazimierza Nycza, metropolity warszawskiego.

Uczelnia aktywnie uczestniczy w europejskich programach wymiany studentów i pracowników naukowych, takich jak Socrates Erasmus i Ceepus. Bierze również udział w czterech sieciach tematycznych Erasmusa, których głównym celem jest wspieranie innowacyjności i podnoszenie jakości kształcenia akademickiego, a także opracowywanie wspólnych projektów, metod nauczania i ich kryteriów oceny w medycynie, stomatologii i farmacji.

ms



fot. Marek Stanekiewicz

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci Wydziału Lekarskiego, Oddziału Pediatrii i Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1958

Spotkanie koleżeńskie z okazji 50 rocznicy ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, **14.06.2008 r. (sobota) we Wrocławiu**. UWAGA! ZMIANA TERMINU. Oplata za uczestnictwo: od absolwenta 220 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.2008 r., z dopiskiem „Zjazd 1958”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie w Hotelu „Śląsk” we Wrocławiu przy ul. Oporowskiej. *Informacje: Teresa Sienkiewicz, tel. 071-337-01-01 lub 0505-132-326; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Teresa Sienkiewicz

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1963

Spotkanie koleżeńskie z okazji 45 rocznicy ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, **7.06.2008 r. (sobota) we Wrocławiu**. Oplata za uczestnictwo od absolwenta 200 zł, osoba towarzysząca na bankiecie 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.2008 r., z dopiskiem „Zjazd 1963”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Ludwika Sadowska, tel. 071-348-47-33, 0692-051-337; Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Alicja Sędzia, Ludwika Sadowska

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1978

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w dn. **23-25.05.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Oplata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: pt-nd z noclegami 400 zł, sb-nd z nocl. 300 zł, pt-nd bez nocl. 250 zł, pt-sb z nocl. 200 zł, grill (bez nocl.) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 29.02.2008 r., z dopiskiem „Zjazd AM 1978”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Ryszard Sciborski, tel. 0601-713-154, e-mail: sciborski@poczta.onet.pl; Patrycja Malec, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* UWAGA! Dniem poprzedzającym imprezę jest Boże Ciało. Chętni mogą przyjechać już w czwartek (opłata noclegowa we własnym zakresie). Dla chętnych organizowane będą w piątek od rana wycieczki, np. do Błędnych Skał, Wambierzyc, na Strzeliniec Wielki itd. Za Komitet Organizacyjny Ryszard Sciborski

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, rocznik 1988

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji 20 rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, w dn. **26-28.09.2008 r. Hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju**. Oplata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: pt-nd z noclegami 400 zł, sb-nd z nocl. 300 zł, pt-nd bez nocl. 250 zł, pt-sb z nocl. 200 zł, grill (bez nocl.) 100 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 30.06.2008 r., z dopiskiem „Zjazd 1988”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, Małgorzata Sztajer-Marciniak

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERECIE – www.absolventus.pl

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

Lekarski bal andrzejkowy

Fundacja Pro Seniore OIL w Warszawie – organizator lekarskiego balu andrzejkowego – zaprasza do wspólnej zabawy **1.12.2007 r. w Hotelu „Radisson”**. Zabawę umilać będzie zespół muzyczny „Żuki”, który wraz z Państwem będzie obchodził XX-lecie pracy na scenie. Bal poprowadzi aktor Jacek Borkowski. *Informacje: Andrzej Surowiecki, tel. 0604-911-233, 022-822-18-84*

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

XIII Mistrzostwa Polskiej Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej Mielec 2007
Komitet Organizacyjny informuje, że kolejna edycja mistrzostw odbędzie się w Mielcu w dn. **8-9.12.2007**. Zgłoszenia telefoniczne do organizatorów: dyrektor Szpitala Powiatowego w Mielcu inż. **Leszek Kołacz, tel. 0504-196-732; dyrektor Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego SPZ w Mielcu lek. med. Zbigniew Bober, tel. 0508-202-626.**

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy

• **17.11.2007 r.** Z okazji obchodów Światowego Dnia POChP Warszawsko-Otowski Oddział Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje 18 sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Niewydolności oddychania** Wstęp bezpłatny. Pkty edukac. OIL. *Informacje: www.ptchp.home.pl; kier. kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl; sekretarz Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jaczagod@mediclub.pl; sekretariat oddziału 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 wew. 106.*

• **1.12.2007 r.** Polska Fundacja **Gastroenterologii** zaprasza na V Andrzejki Gastroenterologiczne: **Ciekawe problemy kliniczne w codziennej praktyce gastroenterologicznej**. *Informacje: pf-gastro.unet.pl*

• **19-20.01.2008 r.** Centrum **Leczenia Bólu i Akupunktury** im. Prof. Zbigniewa Gamuszewskiego SPZOZ w Warszawie informuje, że kontynuuje szkolenie w zakresie akupunktury dla lekarzy. Kurs odbywa się pod merytorycznym nadzorem Pol. Tow. Akupunktury. *Informacje i zapisy: Sekretariat Centrum, Warszawa, ul. Winnicka 10, tel.022-824-78-65, 824-78-66, w godz. 8.00-14.00.*

• **29.02.–1.03.2008 r.** VII Łódzkie Warsztaty **Psychogeriatryczne** organizowane przez Klin. Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych UM w Łodzi. **Leczenie zaburzeń psychicznych wieku podeszłego: zagadnienia kliniczne, diagnostyczne i prawne**. *Informacje: Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych 92-216 Łódź; ul. Czechosłowacka 8/10, tel. 042-675-73-72, faks 042-675-77-29, e-mail: klinika1@tlen.pl, klinika1@o2.pl, psychogeriatra@csk.umed.lodz.pl oraz na str. Warsztatów: www.csk.lodz.pl*

• **2-9.03.2008 r.** Krynica Górská. Hotel Lwigród. Towarzystwo Szkolenia Poddyplomowego w Lublinie zaprasza na IV Forum **Stomatologii Praktycznej**. 30 pkt. edukac. Dodatkowo testowy program edukacyjny umożliwiający uzyskanie 20 pkt. edukac. *Informacje: 0661-898-179 lub 0601-244-319, www.eurodens.pl*

• **8-10.05.2008 r.** Poznań. XXV Jubileuszowa Konf. Nauk.-Szkol. **Ortopedów WP** pod patronatem Pol. Tow. Ortopedycznego i Traumatologicznego. **Dekada kości i stawów 2000-2010**. 40-lecie działalności Oddz. Chirurgii Urazowej i Ortopedii 111 Szpit. Wojsk. w Poznaniu. Tematyka: *Strategia postępowania w leczeniu zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających na-*

W dn. **16-17 listopada 2007 r.** organizujemy w **Lublinie** Ogólnopolskie Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe nt. **„Farmakoterapia w schorzeniach układu ruchu”**.

Zagadnienia praktycznego zastosowania leków w dysfunkcjach narządu ruchu są bliskie każdemu ortopedzie i rehabilitantowi, a zwłaszcza lekarzom poz. Zamierzamy przedstawić trzy ważne i szerokie zagadnienia – zmian zniekształcających stawy, osteoporozę oraz problematykę niewydolności obwodowego krążenia żylnego. Celem zintegrowanych wysiłków trzech Pol. Tow.: Ortopedycznego i Traumatologicznego, Rehabilitacyjnego oraz Med. Rodzinnej, jest wymiana poglądów na temat stosowanych leków, ich działań ubocznych oraz w miarę możliwości uzgodnienia stanowisk pod kątem zaleceń profilaktycznych i terapeutycznych. Zgłoszenia pod adresem internetowym: **www.ort-reh.paiz.com.pl**. Oplaty: uczestnik do 15 X – 250 zł, po – 300 zł, osoba towarzysząca – 100 zł, – 120 zł (opłata rejestracyjna osoby towarzyszącej obejmuje: wstęp na teren wystawy firm, uczestnictwo w spotkaniu towarzyskim). Przew. Kom. Org.: prof. Mirosław Jabłoński, prof. Janusz Schabowski, Klinika Ortopedii i Rehabilitacji AM w Lublinie
Program: **Piątek, 16 XI br. - 10.00-11.00** Uroczyste otwarcie Sympozjum, Występ Zespołu Pieśni i Tańca AM w Lublinie. **11.00-14.30 Sesja I – Zmiany zniekształcające stawów**, przewodniczący: M. Majdan, J. Kiwerski, T. Gaździk, W. Marczyński. 1. *Chondroza i artroza – nowe poglądy na etiopatogenezę* – W. Thustochowicz, M. Sulek (15 min), 2. *Choroba zwyrodnieniowa stawów – naturalny przebieg* – E. Czerwiński (15 min), 3. *Chondroprotekcja* – T. Gaździk, M. Kaleta (15 min), 4. *Wiskosuplementacja* – W. Marczyński (15 min), 5. *Ruch jako lek w chorobie zwyrodnieniowej stawów* – J. Kiwerski (15 min), 6. *Zmiany w układzie kostnym w przebiegu cukrzycy* – E. Szyrowska (15 min), 7. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne w leczeniu choroby zwyrodnieniowej* – M. Majdan (15 min), 8. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne a wątroba* – M. Słomka (15 min), 9. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne a choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy* – J. Schabowski (15 min), 10. *Niesteroidowe leki przeciwzapalne – wpływ na nerki* – A. Steciwko (15 min) 11. *Silnie działające opioidy w leczeniu przewlekłego bólu narządu ruchu – zalecenia* – K. Przesmycki (15 min), 12. *Farmakoterapia osób po protezoplastykach dużych stawów* – M. Gorzelak (15 min), 13. *Lekarz rodzinny a osteoartroza* – L. Szczepański (15 min), 14. *Dyskusja* (15 min). **16.00-19.15 Sesja II – Osteoporoza**, przewodniczący: W. Horst-Sikorska, P. Lorenc, P. Glusko, E. Czerwiński. 1. *Osteoporoza – co nowego?* – R. Lorenc (15 min), 2. *Ekonomiczne skutki osteoporozy* – P. Książek (15 min), 3. *Osteoporoza w chorobach reumatycznych* – P. Glusko (15 min), 4. *Witamina D, wapń a osteoporoza* – W. Załuska (15 min), 5. *Rehabilitacja w osteoporozie* – K. Księżopolska (15 min), 6. *Hormonalna terapia zastępcza – stan aktualny* – K. Wardyn (15 min), 7. *Bisfosfoniany. Przegląd możliwości terapeutycznych* – M. Jabłoński (15 min), 8. *Leczenie anaboliczne osteoporozy* – J. Gawlikowski (15 min), 9. *Osteodystrofia Sudecka* – A. Sawicki (15 min), 10. *Bezpieczeństwo farmakoterapii osteoporozy u chorych „na serce”* – A. Wysocki (15 min), 11. *Układ RANK/RANKL/OSTEOPROTEGERYNA* – M. Jabłoński (15 min), 12. *Lekarz rodzinny wobec osteoporozy* – W. Horst-Sikorska – 15 min), 13. *Dyskusja* – 15 min), 20.00 *Wieczór towarzyski*. **Sobota, 17 listopada br. 9.00-12.15 Sesja III – Choroby żył i choroba zakrzepowo-zatorowa**, przewodniczący: A. Górecki, J. Michalak, K. Wardyn, J. Wroński. **Sesja specjalna – Zasady zapobiegania chorobom zakrzepowo-zatorowej** – D. Chmielewski – 35 min 1. *Wyniód choroby naczyń żylnych, czynniki ryzyka, zapobieganie* – J. Wroński (20 min), 2. *Leczenie flebotropowe* – A. Wolski (20 min), 3. *Cukrzyca a choroba zakrzepowo-zatorowa* – B. Zmurowska (20 min), 4. *Ruch w chorobie zakrzepowo-zatorowej* – M. Krasuski (20 min), 5. *Choroba zakrzepowo-zatorowa u pacjentów o ograniczonej mobilności (choroba zwyrodnieniowa, niedowład)* – M. Pencuła (20 min), 6. *Pacjent z niewydolnością żylną w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia owrzodzeń podudzi* – W. Lukas, W. Drastwa (20 min), 7. *Leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej* – J. Wroński (20 min), 8. *Dyskusja* – 20 min

Kalendarz Lekarza 2008

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 88

e-mail: ptl@interia.pl

Cena kalendarza **25,00 zł**

Istnieje możliwość wysyłki za pobraniem.

rzędu ruchu z wyłączeniem protezoplastyk; Charakterystyka obrazów bojowych narządu ruchu w misjach pokojowych; Tematy wolne. *Informacje: przew. Kom. Org. ordynator Oddz. Chir. Uraz. i Ort. 111 SW w Poznaniu lek. med. Adam Cyna; przew. Kom. Nauk. Prezes Zarz. Gł. PTOiT., konsultant ds. ortopedii i traumatologii narządu ruchu WP prof. Wojciech Marczyński. Oddz. Chirurgii Urazowej i Ortopedii 111 Szpit. Wojsk. w Poznaniu, ul. Grunwaldzka 16/18, 60-780 Poznań, tel.: (+48) 061-857-42-70, 061-857-42-71, 061-857-43-40, 509-159-900, 607-827-383, e-mail: XXVkonferencja@gmail.com*

Krakowskie Centrum Szkoleniowe „KANA-Centrum”. Kursy **medyczne**. *Informacje: www.kanacentrum.pl*

Medyczne Szkolenia **Poddyplomowe** PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2. Kontakt: tel./faks: 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl, medyczne-sympozja@msp-pakt.med.pl. Zgłoszenia na kursy i konferencję przyjmowane są telefonicznie bądź mailowo.

Centrum Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy: ul. J. Bruna 32, 02-535 Warszawa, tel. 022-646-41-56, kursy@cedus.edu.pl, www.cedus.edu.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**, r. zał. 1993, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, www.usg.webd.pl, r.baran@neostrada.pl. Nr w rej. podmiotów prowadzących kształcenie poddyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów DIL: 69-000032-001-0000

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii** – kursy. Zapisy: 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii** – kursy podst. i doskonalące praktycznej ultrasonografii w 2007 i 2008 r. Info: www.usg.com.pl

Kursy **Medyczne** Skolamed. Info: www.szkolenia-medyczne.com.pl. Zgłoszenia: e-mail: medyczne@paiz.com.pl, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50. Pkty edukac.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej zaprasza na praktyczne kursy **ultrasonograficzne**: podstawowe i doskonalące. Prawo do pkt. edukac. izby lek. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: tel./faks 061-819-25-00, tel. 603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Międzynarodowe Sympozjum Naukowe „Środowiskowe zagrożenia zdrowotne w stomatologii”

23-24 listopada 2007, Collegium Maius AM w Lublinie, ul. Jaczewskiego 4/6. Organizatorzy: Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie oraz Lubelska Izba Lekarska. Kierownik naukowy: dr hab. Janusz Kleinrok. Proszę wypełnić zgłoszenie on-line, a następnie pobrać i wypełnić formularz zgłoszeniowy (pdf), który należy przesłać na adres Sekretariatu Konferencji: Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej AM w Lublinie, ul. Karmelińska 7, 20-081 Lublin, tel./faks 081-532-73-62, e-mail: sympozjum-lublin@o2.pl. Szczegółowy program sympozjum (pdf). Wiodąca tematyka: - *Środowiskowe uwarunkowania higieny jamy ustnej*. - *Profilaktyka zagrożeń zdrowotnych w stomatologii*. - *Wpływ środowiska na układ ruchowy narządu żucia*. - *Wiedza i promocja zdrowia jamy ustnej*. - *Wpływ zdrowia jamy ustnej na prawidłowe funkcjonowanie organizmu*. - *Nowe trendy w stomatologii*. - *Nowoczesne procedury radiologiczne a środowisko*. - *Tematy wolne*. Uczestnicy szkolenia uzyskają 16 pkt. edukac. Koszt uczestnictwa: lekarze - 300 zł, studenci - 150 zł, osoby towarzyszące - 80 zł, impreza integracyjna - 100 zł (dla wszystkich uczestników konf.). Wpłaty prosimy kierować (wraz z opłatą za druk) na konto: Lubelska Izba Lekarska, 20-079 Lublin, ul. Chmielna 4, nr konta: 10 1020 3150 0000 3802 0003 2979 z dopiskiem: Oplata za udział w Międzynarodowym Sympozjum Naukowym. Podczas szkolenia odbędzie się wystawa i kiermasz materiałów, narzędzi i sprzętu stomatologicznego.

Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Książki można zamawiać: www.elsevier.pl, e-mail: elsevier@azymut.pl,
tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86



Leczenie elektrowstrząsami w praktyce klinicznej

red. I wyd. pol. **Robert T. Hese i Tomasz Zyss**
Wrocław 2007, str. 192

Zaletą monografii jest jej interdyscyplinarny charakter. Redaktorami książki są wybitni psychiatrzy klinicyści z wieloletnim doświadczeniem zawodowym. Publikacja opatrzona 56 rycinami i 14 tabelami.



Schizofrenia

Peter B. Jones, Peter F. Buckley,
współpr. **David Kessler**
red. wyd. I pol. **Bartosz Łoza**
Wrocław 2007, str. 174

Publikacja zawiera prezentacje wyników najnowszych studiów i współczesnych metod najlepszego postępowania klinicznego. Kolorowe ilustracje pomagające wyjaśnić trudniejsze pojęcia oraz opisy przypadków, przegląd planów opieki nad nimi i komentarze autorów. Spis piśmiennictwa pozwalający czytelnikowi dotrzeć samemu do szczegółowych informacji na interesujący go temat.



Interpretacja danych i przypadków klinicznych w pediatrii. 250 pytań i odpowiedzi

J. L. Robertson, A. P. Hughes
red. wyd. I pol. dr n. med. **Wanda Balińska-Miśkiewicz**
Wrocław 2007, str. 230

Podręcznik służy do przyswojenia przez stażystę materiału do egzaminu pisemnego. Pytania oparte na przypadkach pacjentów obserwowanych i leczonych w warunkach klinicznych. Opracowane w oparciu o nową formułę egzaminu.



Interpretacja danych klinicznych w pytaniach i opisach przypadków

H. L. C. Beynon, J. B. van den Bogaerde,
K. A. Davies
red. wyd. I pol. **Franciszek Kokot**
Wrocław 2007, str. 230

Zbiór pytań testowych z zakresu chorób wewnętrznych. Na podstawie opisów przypadków klinicznych należy ustalić najbardziej prawdopodobne rozpoznanie, przeprowadzić diagnostykę różnicową lub wybrać właściwszy sposób leczenia. Podręcznik jest doskonałą pomocą dla lekarzy przygotowujących się do Państwowego Egzaminu Lekarskiego.



Pytania i odpowiedzi.

Przygotowanie do lekarsko-dentystycznego egzaminu państwowego

red. **Joanna Kobierska-Brzoza**
Wrocław 2007, str. 264

Podręcznik pomaga w przygotowaniu się do państwowego egzaminu lekarsko-dentystycznego. Obejmuje pytania z zakresu sześciu podstawowych działów stomatologii oraz medycyny ratunkowej, prawa medycznego, etyki i orzecznictwa. Pominięto tematykę specjalistycznego leczenia periodontologicznego, chirurgicznego i ortodontycznego. Książka napisana w formie tekstu. Pytania są często drobiazgowo. Do każdego pytania dołączono prawidłową odpowiedź i komentarz. W każdym rozdziale podano piśmiennictwo. Na końcu zamieszczono tekst sprawdzający.

Pytania i odpowiedzi.

Przygotowanie do Państwowego

Egzaminu Lekarskiego, część 2

Piotr Domagała, Anna Klimkiewicz, Jakub Klimkiewicz, Łukasz A. Małek, Grzegorz Napiórkowski, Maria Pokorska-Lis, Paweł Własienko

Wrocław 2007, str. 300

Podręcznik zawiera ponad 300 pogrupowanych tematycznie pytań i odpowiedzi wraz z uzasadnieniami. Kluczowe zagadnienia z ośmiu dziedzin medycyny objętych programem stażu podyplomowego lekarza oraz zakresu LEP. Na końcu książki zamieszczono test sprawdzający.



Ultrasonografia w stanach nagłych

Justin Bowra, Russell E. McLaughlin

seria: **To Proste**

red. wyd. I pol. **Dąbrowka Sokołowska**
Wrocław 2007, str. 166

Książka skierowana do specjalistów i osób specjalizujących się w medycynie ratunkowej, chirurgii oraz intensywnej opiece medycznej. Jako kieszonkowy podręcznik ultrasonografii stanów nagłych jest przewodnikiem do zastosowania i interpretacji tej metody badań na oddziałach ratunkowych. Autorzy w sposób rzeczowy prezentują wskazania do badania ultrasonograficznego jak i ograniczenia tej metody w poszczególnych sytuacjach klinicznych. Liczne ryciny i ilustracje.



80 przypadków ginekologiczno-położniczych

Reihard Hackenberg

tłum. i red. wyd. I pol. **Jerzy Florjański**

Wrocław 2007, str. 260

Podręcznik zawiera opis 80 przypadków chorób ginekologicznych: zapalenia, nowotwory, wrodzone wady rozwojowe, nietrzymania moczu i położniczych: przedwczesne odklejenie łożyska, łożysko przodujące, zakażenia w ciąży, konflikt serologiczny w zakresie czynnika Rh, oraz choroby sutka: zmiany niezłośliwe i złośliwe. Informacje praktyczne przydatne w codziennej pracy lekarza. Książka przeznaczona dla studentów medycyny, lekarzy rodzinnych oraz specjalizujących się w położnictwie i ginekologii.



Radiologia. Ćwiczenia praktyczne – seria Głowa i szyja

red. **Axel Stäbler, Birgit Ertl-Wagner, Marius Hartmann**

red. wyd. I pol. **Jerzy Walecki**

Wrocław 2007, str. 260, obrazów 621

Narządy wewnętrzne

red. **Axel Stäbler, Birgit Ertl-Wagner**

red. I wyd. pol. **Jerzy Walecki**

Wrocław 2007, str. 328, obrazów 574

Seria Radiologia – Ćwiczenia praktyczne zapewnia przygotowanie do egzaminu specjalizacyjnego oraz służy lekarzom specjalistom do odświeżenia zdobytej już wiedzy. Zawiera opisy przypadków zilustrowanych obrazami radiologicznymi. W trzech tomach: „Głowa i szyja”, „Narządy wewnętrzne”, „Układ ruchu” zgromadzono ponad 2000 obrazów radiologicznych.



Anestezjologia i intensywna terapia u dzieci

Neil S. Morton, Jane M. Peutrell

red. wyd. I pol. **Tadeusz Szreter**

Wrocław 2007, str. 310

W publikacji omówiono specyfikację wykonywania znieczuleń i zabiegów ratunkowych u dzieci. Zawarto również informacje na temat możliwości właściwego przystosowania sal operacyjnych i sal chorych do potrzeb małych pacjentów oraz wskazówki, kiedy kierować pacjentów do szpitali wyższego szczebla. Wiele miejsca poświęcono sprawom właściwych relacji między lekarzem a małym pacjentem i jego rodzicami.



Patologia

Daniel J. O'Connor, Bethan Goodman Jones

seria: **Crash Course**

red. wyd. I pol. **Włodzimierz T. Olszewski**
Wrocław 2007, str. 492

Podręcznik dla studentów opracowany przez studentów i nauczycieli akademickich. Układ i przejrzysta forma, tabele, ryciny i zestawienia są tak pomyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Wydawnictwo Via Medica

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73

tel. 050-326-78-11, faks 058-320-94-60, www.viamedica.pl



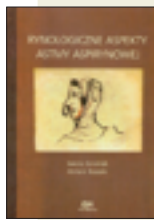
Podręcznik elektrofizjologii klinicznej

pod red. **Andrzeja Lubańskiego,**

Marii Trusz-Gluzy, Franciszka Walczaka

Gdańsk 2007, str. 176, cena katal. 80 zł

Publikacja przeznaczona dla kardiologów klinicystów, omawiająca systemy odczytu pracy serca w oparciu o najnowocześniejsze osiągnięcia nauki. Opatrzona licznymi ilustracjami i tabelami.



Rynologiczne aspekty astmy aspirynowej

Iwona Gromek, Antoni Krzeski

Gdańsk 2007, str. 150, cena katal. 49 zł

Książka przedstawia złożony patomechanizm przewlekłego zapalenia zatok przynosowych u chorych z nadwrażliwością na aspirynę, objawy kliniczne i nowoczesne metody terapii. Przeznaczona dla laryngologów, pulmonologów oraz internistów.

Wydawnicwo Medyczne MediPage

02-594 Warszawa, ul. J. Bruna 32, tel./faks 022-646-41-50,

e-mail: redakcja@medipage.pl, zamówienia: www.medipage.pl



Podręcznik okulistyki. Diagnostyka i leczenie chorób oczu. Praktyka ambulatoryjna oraz w warunkach ostrego dyżuru w szpitalu Willsa

Derek Y. Kunitomo, Kunal D. Kanitkar,

Mary S. Makar

tłum. **Agnieszka Nowosielska, Aldona Wilk**

wyd. I pol. pod red. nauk. prof. **Andrzeja Stankiewicza**

Warszawa 2007, str. 536

Publikacja skierowana do lekarzy specjalizujących się w okulistyce, lekarzy okulistów, optometrystów, lekarzy zajmujących się medycyną ratunkową, opieki podstawowej i studentów medycyny. Wiadomości z zakresu diagnostyki i leczenia oparte są na aktualnej wiedzy i stosowaniu najnowszych leków i badań.



Podręcznik medycyny snu

Alon Y. Avidan, Phyllis C. Zee

tłum. **Aleksandra Wierzbicka, Joanna Mikulska**

Warszawa 2006, str. 268

Zwięzły, oparty na objawach klinicznych przewodnik, w którym omówiono rozpoznawanie, diagnostykę i leczenie większości często występujących zaburzeń snu. Zamieszczono w nim algorytmy postępowania w postaci specjalnych diagramów, dzięki którym można szybko i łatwo sprawdzić praktyczne wytyczne terapeutyczne. W poszczególnych rozdziałach opisano specyficzne narzędzia diagnostyczne i metody leczenia. Książka może być przydatna dla wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu, neurologów, psychiatrów, pulmonologów.



EKG sztuka interpretacji

Tomas B. Garcia, Neil E. Holtz

Warszawa 2007, str. 536, ilustracji 210

Książka zawiera ponad 200 pełnowymiarowych zapisów EKG wraz z ich analizą i interpretacją. Podręcznik przystosowany do trzech różnych poziomów wiedzy: 1) podstawowe informacje dla początkujących, 2) informacje dla czytelników średnio

zaawansowanych, 3) wiadomości dla zaawansowanych. Wiedza prezentowana na tym poziomie wymaga gruntownej znajomości podstaw EKG, a także zaznajomienia się z chorobami mającymi wpływ na obraz EKG. Z tak zaprojektowanego podręcznika może korzystać ratownik, pielęgniarka, student medycyny i lekarz.

Ponadto nadesłano:

Nowoczesne metody rozpoznawania

płodności. Wybrane zagadnienia

pod red. **Renaty Domżał-Drzewieckiej,**

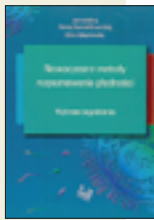
Edyty Gałęziowskiej

wyd. I. Lublin 2007. **Wydawnictwo Makmed,**

20-093 Lublin, ul. Chodźki 3, tel. 081-740-40-56,

e-mail: wydawnictwo@makmed.com.pl, str. 172

Opracowanie składa się z czterech części. 1 – obejmuje zagadnienia związane z płodnością w aspekcie dorastania biopsychospołecznego, opisy kryteria diagnostyczne owulacji, metody rozpoznawania płodności oraz stosowanie obserwacji objawów płodności we wstępnej diagnostyce cyklu miesięczkowego. 2 – omawia rolę kwasu foliowego w zapobieganiu wadom rozwojowym płodu, znaczenie magnezu w fizjologii rozrodu, metody samoobserwacji głównych objawów płodności, wybrane problemy poradnictwa genetycznego dla par z rozpoznąną niepłodnością. 3 – nowe techniki i technologie stosowane w metodach rozpoznawania płodności. 4 – przykłady obserwacji.



Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) lub chorobę

Leśniowskiego-Crohna

Małgorzata Mossakowska

przy współpr. dr **Katarzyny Karolewskiej-Bochenek**

i rodziców dzieci chorych

konsult. med. prof. dr hab. **Józef Ryżko**

Warszawa 2006, str. 76. Nakładem **Polskiego Towarzystwa**

Wspierania osób z Nieswoistym Zapaleniem Jelita

„J-elita”, Zarząd Główny, 02-109 Warszawa, ul. ks. Trojdena 4,

tel. 022-593-07-20, 849-59-37, 0691-403-051, faks 022-597-07-15,

e-mail: nzj@iimcb.gov.pl, nzj.iimcb.gov.pl

Poradnik dostarcza niezbędnej wiedzy na temat przebiegu choroby, metod leczenia i towarzyszącym jej komplikacjom. Odpowiada też na najczęściej zadawane pytania ze strony pacjentów. Obszernie opisano powikłania i zagrożenia, które mogą towarzyszyć chorobie. Informacje oparte są o najnowszą wiedzę medyczną.



Od kabaretu do skalpela i lazaretu

Stefan Wesołowski

Warszawa 2006, wyd. II rozsz., wydawca **AWES,**

02-536 Warszawa, Narbutta 27 a m. 29,

tel. 022-848-29-05, j.szegi@wp.pl, str. 308.

Autor – wybitny specjalista, nestor polskiej urologii, współtwórca Polskiego Towarzystwa Urologicznego prezentuje w swoich wspomnieniach fakty i wydarzenia z okresu międzywojennej i powojennej Polski z perspektywy ucznia, studenta, społecznika, organizatora zespołu kabaretowego, duszy towarzystwa, uczestnika kampanii wrześniowej, lekarza powstańczej Warszawy, organizatora lecznictwa w powojennej Polsce. Przez jego opowiadanie przewija się setki osób znanych i nieznanych, którym autor poświęca swoją uwagę. Wspomnienia obejmują okres do lat sześćdziesiątych i powstały ze szczegółowych zapisów prowadzonych przez szereg lat. Dzięki nim autor mógł odtworzyć wiernie i ze szczegółami obraz Polski w jej przełomowych momentach. Książka wyróżniona w 60 rocznicę Powstania Warszawskiego jako „Wybitna pozycja var-savianistyczna”. Autor przygotowuje dalszy ciąg wspomnień, m.in. o budowie Kliniki Urologicznej w Warszawie, kontaktach z Prymasem Tysiąclecia, rządowych polowaniach.



opr. md