

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH



**Główna
Biblioteka
Lekarska**

Prawo i medycyna

Różnice między LEP/LDEP
a LEK/LDEK

s. 30

Praktyka lekarska

Jesień punktów
edukacyjnych

s. 34

Ochrona zdrowia w UE

Hiszpania – publiczny
system powszechny

s. 44

W numerze

- 4 **Na wstępie / R. Golański:** Bo wam, lekarzom, jest za dobrze
- 6 **Pierwszym głosem / M. Hamankiewicz:** Różne perspektywy
- 8 **Skrining**
- 10 **Obserwacje / S. Badurek:** Serce i rozum
- 11 **Temat miesiąca:** W chocholim tańcu
- 14 **Nasi w Europie / Anna Lella:** Stanowisko ERO-FDI w sprawie techników dentystycznych
- 15 **Rozmowa o zdrowiu:** To problem nas wszystkich
- 18 **Samorząd:** Najmłodszy, ale bez kompleksów
- 23 **Punkt widzenia / J. Małmyga:** Listopadowe refleksje
- 24 **Stomatologia:** Wciąż na TOPIE
- 26 **Stomatologia:** Czy lubimy się szkolić?
- 28 **Stomatologia:** Do której izby? – do jednej!
- 30 **Prawo i medycyna:** Różnice między LEP/LDEP a LEK/LDEK
- 32 **Nauka**
- 34 **Praktyka lekarska:** Jesień pod znakiem punktów edukacyjnych
- 36 **Praktyka lekarska:** Consensus praecox – Relacje: towary – ludzie
- 38 **Praktyka lekarska:** Przychodzi facet do lekarza
- 40 **Współpraca międzynarodowa:** Nasi w Gruzji
- 42 **Reportaż:** Lekarzom grozi zurządniczenie
- 44 **Ochrona zdrowia w UE:** Hiszpania – system powszechny, publiczny i zdecentralizowany
- 46 **Indeks korzyści:** Werwa czy wstyd
- 48 **Z dwóch stron sceny / S. Pietras:** Doktorowa Stefania Rudnicka
Listy do redakcji: Pytania retoryczne
- 49 **Z dwóch stron sceny / A. Andrus:** Doktor Yes
Listy do redakcji: Składka zdrowotna
- 50 **Błąd malarski:** Skandal, którego nie było
- 52 **Obrazy medycyny:** Zajrzeć do wnętrza
- 53 **Kultura:** Uśmiech Polihymni
- 54 **Kultura:** Woskowe serca za grosze
- 55 **Sport:** Czy tylko dla twardzieli; Dojrzały wiek lekarskiego brydża
- 56 **Sport:** Na dwóch kółkach
- 57 **Ogłoszenia**
- 64 **Komunikaty**
- 65 **Epikryza (26) / J. Wanecki:** Wieczny dyżur
- 66 **Jolka lekarska**

9 listopada

Na Zamku Królewskim w Warszawie odbędzie się uroczystość dekorowania medalem Gloria Medicinae i wręczania odznaczeń Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

17 listopada

W Gladbeck koło Düsseldorfu Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech T.Z. organizuje tradycyjny XVI Europejski Bal Lekarza.

24 listopada

Ośrodek Bioetyki NRL organizuje konferencję w związku z planowaną przez Parlament Europejski nowelizacją przepisów dotyczących badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Zaproponowane rozwiązanie grozi pominięciem istniejących krajowych sieci komisji bioetycznych i tworzeniem jej namiastek przy krajowych urzędach rejestracyjnych. Więcej informacji na temat konferencji udziela Mariusz Przybycień-Szczęśny z Ośrodka Bioetyki NRL pod numerem tel. 22 553 13 22.



Ryszard Golański

Bo wam, lekarzom, jest za dobrze

Opowiadano mi o zdarzeniu, które niedawno miało miejsce na jednym z oddziałów kardiologii. Zdenerwowany pacjent wykrzykiwał na cały szpitalny korytarz: „Tak źle dzieje się w służbie zdrowia, bo wam, lekarzom, jest za dobrze”. Irytację chorego można uznać, w pewnym stopniu, za uzasadnioną, bowiem od chwili przybycia do szpitalnej izby przyjęć do momentu, kiedy otrzymał „własne” łóżko, minęło siedem godzin. Jak wynika z pierwszego zdania, było to mężczyzna chory na serce. Po trzech miesiącach oczekiwania zgłosił się w wyznaczonym terminie w celu wykonania poważnego zabiegu z zakresu kardiologii inwazyjnej. Świadcówkę zdarzenia: inni pacjenci i ich rodziny, lekarze, pielęgniarki oraz salowe twierdzą, że przysłowiowej oliwy do ognia dołączyła wypowiedź lekarza, odpowiedzialnego za przyjęcie chorego na oddział, który stwierdził, że takie są w tym szpitalu procedury i każdy, kto chce być tutaj leczony, musi się im poddać i wyka-

zać trochę cierpliwości. Próbuąc pocieszyć i uspokoić pacjenta, pan doktor powiedział, że kiedy miał złamaną rękę, to w innym szpitalu tego samego miasta czekał w izbie przyjęć na ortopedę cztery godziny. Słowa te nie wpłynęły kojąco na delikwenta, który nadal głośno utyskiwał, że jest spragniony, głodny i bez porannej porcji leków, wszak do szpitala miał się zgłosić na czczo. Kolega, który mi tę sytuację opisywał, zastanawiał się nad zacytowanymi na wstępie słowami pacjenta. Upatrywał w nich echa medialnego przekazu na temat ochrony zdrowia, który dominuje w ostatnich miesiącach w prasie, radiu i telewizji. Źle się dzieje w służbie zdrowia, to wiemy wszyscy, należy zatem, dla uspokojenia nastrojów, znaleźć winnych. Najprościej przypisać winę lekarzom, którym jest przecież tak dobrze, a którzy, nie wiedząc czemu, bez przerwy przeciwko czemuś protestują, zamiast rzetelnie pracować. W większości sondaży problemy opieki zdrowotnej

Źle się dzieje
w służbie zdrowia,
to wiemy wszyscy,
należy zatem,
dla uspokojenia
nastrojów,
znaleźć winnych.

są, obok bezrobocia, najważniejszą bolączką Polaków. Co na ten temat sądzi Pan Premier i jakie rząd ma zamiary, na razie nie wiemy, bowiem w tak zwanym drugim expose nie było o ochronie zdrowia ani słowa. ■

Autor jest redaktorem naczelnym „GL”.

Migawka



Naczelna Izba Lekarska objęła patronatem honorowym projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV” realizowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Na zdjęciu: Igor Radziejewicz-Winnicki, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia (czwarty od lewej) i prof. Mirosław J. Wysocki, dyrektor NIZP – PZH (trzeci od prawej) oraz Mariusz Janikowski, sekretarz NRL (pierwszy od prawej).

Przetwarzanie danych z dokumentacji medycznej

Każda osoba i jednostka organizacyjna mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę w Polsce przetwarzająca dane osobowe w związku z działalnością zarobkową lub zawodową, musi stosować przepisy o ochronie danych osobowych.

Danymi tymi są wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej osoby fizycznej, także takie, które pozwalają zidentyfikować ją bezpośrednio lub pośrednio, bez nadmiernych kosztów, czasu i działań. Może to następować przez powołanie się na numer identyfikacyjny, specyficzne czynniki określające cechy fizyczne, fizjologiczne, umysłowe, ekonomiczne, kulturowe lub społeczne.

Dane osobowe są specjalnie chronione ustawą z 29.10.1997 r. o ochronie danych osobowych, a dane medyczne ustawą z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zasady w nich określone stosuje się do przetwarzania danych osobowych niezależnie od sposobu ich gromadzenia, a więc zarówno w kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach, innych ewidencjach, jak i w systemach informatycznych. Podlegają im także lekarze prowadzący prywatne praktyki.

Pojęcie przetwarzania danych obejmuje wszelkie czynności dotyczące takich danych, w tym ich zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie, usuwanie.

Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej podlegają szczególnej ochronie. Co do zasady dane dotyczące stanu zdrowia, kodu genetycznego, nałogów lub życia seksualnego nie mogą być przetwarzane. Wyjątki muszą wynikać z przepisów ustawy, z zachowaniem pełnej gwarancji ochrony danych. Jeden z nich dotyczy dokumentacji medycznej. Można je przetwarzać w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, leczenia pacjentów, gdy robią to osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych i nie jest na to

konieczna zgoda pacjenta. Zbioru danych, który stanowi dokumentacja medyczna, nie trzeba również nigdzie rejestrować.

Lekarz prowadząc w gabinecie dokumentację medyczną, staje się administratorem danych osobowych i jest zobowiązany, w określony ustawami sposób prowadzić, przechowywać, udostępniać dokumentację medyczną i zapewnić ochronę danych w niej zawartych. Ograniczony jest co do zasady krąg osób upoważnionych do przetwarzania dokumentacji medycznej. Są nimi lekarze, pielęgniarki i położne.

Lekarz prowadzący dokumentację medyczną ma, jako administrator danych, obowiązek:

- zapewnienia przetwarzania danych zgodnie z przepisami prawa – musi ściśle stosować się do zasad prowadzenia dokumentacji medycznej i ogólnych zasad dotyczących przetwarzania danych;
- stosowania środków zapewniających należyłą ochronę danych (uwzględniając, że są to dane „wrażliwe”);
- wykorzystywania danych tylko celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych, leczenia;
- zabezpieczenia danych.

Osoby mające styczność z danymi medycznymi muszą mieć pisemne upoważnienia, a administrator danych musi prowadzić ich ewidencję obejmującą: imię i nazwisko, datę nadania i ustania oraz zakres upoważnienia, identyfikator, jeżeli dane są przetwarzane w systemie informatycznym. Osoby te mają obowiązek zachować w tajemnicy dane oraz sposoby ich zabezpieczenia. Pomieszczenia, w których dane są przetwarzane, muszą być zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych, a przebywanie w nich takich osób jest dopuszczalne za zgodą administratora lub w obecności osoby upoważnionej.

Administrator danych musi prowadzić pisemną dokumentację obejmującą przynajmniej politykę bezpieczeństwa. Jeżeli dokumentacja przetwarzana jest w systemach informatycznych, dodatkowo trzeba opracować instrukcję zarządzania systemem informatycznym. Szczegółową treść tych dokumentów reguluje rozporządzenie MSWiA z 29.04.2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024).

mec. Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

LEKARZU, PAMIĘTAJ!

Najczęstsze błędy popełniane przy przetwarzaniu dokumentacji medycznej to:

- 1) dostępne przy łóżku historii choroby,
- 2) zbieranie danych przy innych pacjentach,
- 3) brak zabezpieczeń papierowej dokumentacji medycznej (odkryte regały, szafki bez zamków, otwarte pomieszczenia rejestracji, dostępne klucze do takich pomieszczeń),
- 4) brak upoważnień do przetwarzania danych osobowych,
- 5) niewłaściwe przechowywanie kluczy do pomieszczeń z danymi,
- 6) wykorzystywanie ich w innych celach niż leczenie,
- 7) ogólnodostępne listy zapisanych pacjentów,
- 8) pozostawianie danych w sprzęcie medycznym.



Maciej Hamankiewicz

Różne perspektywy

Wróciłem niedawno z posiedzenia Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association – WMA). Dokument, jaki podjęto w wymiarze światowym, ma ogromne znaczenie, mimo że jest kilkudzaniowy. WMA uznało bowiem, że lekarze mają prawo do protestu, gdy ich system jest niewłaściwy dla ich podopiecznych. Co znamienite – przy podejmowaniu dokumentu – podawano Polskę, Meksyk i Turcję jako przykłady państw, w których jest potrzebna i nadal istnieje konieczność czynnych protestów. Zrozumienie świata z pewnością będzie konieczne, kiedy Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy rozpocznie polską akcję „Dziękujemy, odchodzimy”. Będę obecny na zjeździe OZZL, dzień po oddaniu tego numeru „Gazety Lekarskiej” do druku. Ale z pewnością poprę wszystkie działania, które zmierzają do poprawy warunków pracy lekarzy. A te warunki wraz z wejściem ustawy o działalności leczniczej zmieniły się w wielu podmiotach. Mam nadzieję, że OZZL przygotowując się do akcji, już wie, którzy lekarze i w których jednostkach są zde-terminowani, aby taką akcją poprzeć i zagrozić odejściem z pracy.

Tymczasem Premier RP pokazał w swoim pierwszym i drugim exposé, że ochrona zdrowia nie jest w przedmiocie zainteresowania rządu. Pewnie i przy tej akcji – nie będzie.

WMA uznało,
że **lekarze mają**
prawo do protestu,
gdy ich system jest
niewłaściwy dla ich
podopiecznych.

Ostatnio przychodzi mi się nie zgadzać z rzecznikiem praw pacjenta, Krystyną Kozłowską, która zapowiedziała wszczynanie postępowań wyjaśniających przeciwko lekarzom, którzy wystawiają recepty na 100%. Pani minister zrobiła to w momencie, w którym wiadomo, że problemy wynikają z ogromnego skomplikowania systemu i odpowiedzialności, jaką ten system nakłada na lekarzy, a nie braku przestrzegania praw pacjentów przez nasze środowisko. Właśnie od rzecznika praw pacjenta oczekiwałbym wywierania presji na organy odpowiedzialne za ten system w celu zapewniania wszystkim jego uczestnikom narzędzi, wyjaśnień i interpretacji umożliwiających sprawne funkcjonowanie w ramach tego systemu, a nie wywierania presji i straszenia lekarzy i lekarzy dentystów. Ewentualne przypadki wystawiania recept na pełnopłatnych pacjentom ubezpieczonym mogą zdarzać się w sytuacjach, w których z racji opisanych powyżej zasad refundacji oraz nieadekwatnej do wiedzy medycznej treści Charakterystyki Produktu Leczniczego danego leku lekarz nie ma pewności, czy może dany lek przepisać pacjentowi jako lek refundowany. Napisałem do Pani Minister, że nie można obwiniać lekarzy, że działając w ramach niedoskonałego systemu refundacji leków, który dopuszcza możliwość różnorodnej oceny zasadności refundacji leku i rodzących się z tego powodu wątpliwości, obawiają się odpowiedzialności finansowej. Uważam, że tak samo lekarz, jak i pacjent są ofiarami stworzonego systemu.

Do piero co w ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” ucieszyłem się z pieniędzy na rezydentury gwarantowane przez ministra pracy i polityki społecznej, a tutaj już minister zdrowia ostudził moje zapęły. W jego imieniu napisał wiceminister Cezary Rzemek, informując nas o zmianach w sposobie finansowania rezydentur. Od 1 stycz-

nia 2013 r. minister zdrowia rezygnuje z pokrywania wydatków, ponoszonych przez podmioty zatrudniające rezydentów, z tytułu tworzenia szeroko pojętego funduszu świadczeń socjalnych. Ta konieczność dokonania zmniejszenia przedmiotowego zakresu finansowania etatu rezydenckiego wy tłumaczona została złą sytuacją makroekonomiczną. Minister mówi – jak chcecie, abyśmy utrzymali liczbę 3 tys. przyszłych rezydentów, to musicie zaakceptować, że zabierzemy tym, którzy już rezydentami są – bez patrzenia na sytuację finansową tych jednostek, które lekarzy już przyjęły. A która jednostka specjalizująca lekarzy nie ma trudnej sytuacji finansowej? Pewnie większość je ma. I co się dzieje? Spotyka się trudna sytuacja makroekonomiczna ministra z trudną sytuacją finansową podmiotów leczniczych, które już zapowiedziały, że ze względów finansowych lekarzy rezydentów przyjmować nie będą. Bo nie chcą do rezydentur dopłacać. Brawo, Panie Ministrze!

Kolejna niespodzianka, jaka przyszła od pana Ministra Arłukowicza, to zmiany w programach stażowych. 26 września br. minister podpisał i skierował do publikacji z datą wejścia w życie w dniu 1 października 2012 r. nowe rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Koordynatorzy w momencie przyjęcia stażystów dowiedzieli się – m.in. dzięki szybkiemu komunikatowi na naszej stronie internetowej – o zmianach w programach staży cząstkowych z zakresów: położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej, prawa medycznego, stomatologii zachowawczej, stomatologii dziecięcej, protetyki stomatologicznej, ortodoncji. To nie pierwszy raz, kiedy pan minister nie stosuje się do terminów regulacji prawnych i... zaskakuje, choć wcale nie musi tego robić, bo rozporządzenie można było bez problemu podpisać dużo wcześniej. ■

Autor jest prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szpitalne Komisje Etyczne

Nad tym, czy w ogóle istnieje potrzeba funkcjonowania szpitalnych komisji etycznych i czy mają one powstawać we wszystkich szpitalach, debatowali uczestnicy konferencji zorganizowanej w ostatnią sobotę września przez Ośrodek Bioetyki NRL. Prof. W. Galewicz, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, inicjator powoływania w Polsce szpitalnych komisji etycznych, zwrócił uwagę na fakt, że znajomość polskiego prawa medycznego wśród polskich lekarzy nie jest dobra. Jego zdaniem, być może wina jest po stronie samego prawa, które często jest niejasne i niespójne. Zdaniem minister K. Kozłowskiej, rzecznika praw pacjenta, podstawowym zadaniem komisji etycznej świadczeniodawcy jest działalność informacyjna i edukacyjna, a także pojednawcza. Dr M. Śliwka z Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu zaznaczył m.in., że system, który funkcjonuje w Polsce, nie sprawdza się w przypadku osób niezdolnych do podjęcia decyzji.

M. Czarkowski, przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL, podkreślił, że międzynarodowy dialog etyczny jest trudny, ale bez wątpienia konieczny, bowiem w wielu krajach europejskich szpitalne komisje etyczne istnieją. Pełna relacja na stronie www.nil.org.pl.

Lista umiejętności – pismo do towarzystw

Samorząd lekarski nie znalazł się wśród grona podmiotów zaproszonych do współpracy przy tworzeniu listy umiejętności z zakresu węższych



Konferencja dotycząca szpitalnych komisji etycznych zorganizowana przez Ośrodek Bioetyki NRL 29 września w siedzibie NIL



FOTO: Marta Jakubiak

KALENDARZ WYBORCZY



dziedzin medycyny. Prezes NRL zwrócił się w tej sprawie do ministra zdrowia, a następnie do prezesów towarzystw lekarskich, którzy zostali zaproszeni do współpracy z apelem o reprezentowanie postulatów, jakie wielokrotnie prezentował samorząd lekarski w tej kwestii. „Tworzenie listy umiejętności bez ich odpowiedniego zdefiniowania i odróżnienia od szkolenia specjalizacyjnego jest niewłaściwe. Szkolenie w zakresie umiejętności nie powinno być traktowane jako uzupełnienie niepełnego kształcenia w zakresie specjalizacji” – napisał prezes NRL do ministra. Te argumenty były prezentowane m.in. już w styczniu 2004 r. w uchwale NRL, następnie w kwietniu 2009 r. w stanowisku NRL oraz w stanowisku Prezydium NRL ze stycznia 2010 r.

Polityczna debata o zdrowiu

Spotkanie lekarzy, pielęgniarek, ekspertów służby zdrowia w dniu 8 października br., na które zapraszał prezesa NRL i innych przedstawicieli samorządu lekarskiego prezes Prawa i Sprawiedliwości, Jarosław Kaczyński, przerodziło się w debatę nad tematami: finansowania systemu ochrony zdrowia, pomysłu stworzenia sieci publicznych szpitali, blasków i cieni refundacji, powrotu medycyny szkolnej oraz koncepcji likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak napisał w zaproszeniu prezes PiS, „lekarze mają leczyć, a nie liczyć”. Pacjenci natomiast „mają prawo dostępu do skutecznych terapii leczenia niezależnie od swej zamożności”. W debacie uczestniczyli m.in. członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej: Krzysztof Bielecki, Ładysław Nekanda-Trepka, Konstanty Radziwiłł. Już bardzo dawno partia polityczna nie organizowała debaty na temat zdrowia, natomiast ostatnia taka debata organizowana przez rząd nazwana „Białym szczytem” odbyła się w 2008 r.

Tegoroczny Nobel łączy dwa pokolenia badaczy

Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii otrzymali w tym roku Brytyjczyk Sir John B. Gurdon oraz Japończyk Shinya Yamanaka. John B. Gurdon prowadził w latach 60. XX w. badania nad komórkami macierzystymi, dzięki którym odkrył, że wyspecjalizowane, dojrzałe komórki można cofnąć w rozwoju, co oznacza, że proces ich różnicowania się jest odwracalny. Drugą część nagrody Nobla dostał Japończyk Shinya Yamanaka, który w 2006 r. prowadząc badania na myszach, udowodnił, że Gurdon ma rację. ■

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



Sławomir Badurek

Serce i rozum

Prawie 80% spośród tysiąca lekarzy ankietowanych w czasie wrześniowego zjazdu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Poznaniu wypisuje, w ramach kontraktu z NFZ, leki pełnopłatne zamiast refundowanych. „Czynią tak w przypadkach, kiedy wskazania nie zostały zarejestrowane lub kiedy mają wątpliwości wobec wskazań rejestracyjnych leku refundowanego” – wyjaśnia „Medycyna Praktyczna”, zleciennodawca badania. Odkąd odkryłem, że dzięki powszechnej wśród rodzimego grona naukowego pasji krzewienia wiedzy, można te same slajdy – bez tłoku i pośpiechu – zobaczyć w wielu miejscach Polski, na zjazdy PTK nie jeżdżę. Gdybym jednak był w Poznaniu i z czystej sympatii dla krakowskiego wydawnictwa dał się przeankietować, podzieliłbym zdanie większości. Wyniki wspomnianego sondażu poszły w świat, stając się przyczyną rozlicznych ubolewań dziennikarzy i tak zwanych ekspertów na pomieszaną ze strachem i egoizmem nieczułość zdecydowanej większości lekarzy, skutkującą pozbawianiem chorych należnych im ulg.

A mnie zastanawia, że aż jednej piątej z nas nie zadrży ręka przy wypisywaniu wszystkich tycherek, trzydziestek i pięćdziesiątek. Czy to wyraz gotowości popełnienia bodaj seppuku w imię salus aegroti suprema lex? Nieznajomość wskazań do refundacji? Wynik nie dość dokładnej lektury umowy z funduszem? A może rodzinno-towarzyskie powiązania z enefzetowskimi urzędnikami? Twierdzącą odpowiedź na każde z tych pytań potrafiłbym poprzeć przykładami, ale byłoby ich zdecydowanie za mało, by dokonując ekstrapolacji, starczyło na 20% reprezentatywnej próby lekarzy. Moim zdaniem naiwna wiara to główna przyczyna niedostrzegania ryzyka tam, gdzie jest ono najzupełniej realne. Jest to wiara w uczciwość i zasady. Wiara w świat, jaki chciałoby się widzieć. Wiara, która sprawia, że serce bierze górę nad rozumem. Szczególną moc modelowania umysłów ma słowo. Najlepiej pisane, urzędowe. Latem bieżącego roku wielu lekarzy otrzymało poważnie brzmiącą korespondencję, wzywającą do obligatoryjnej opłaty za wpis do rejestru przedsiębiorców. Ostrzeżenie, by nie dać się zwieść ani treści pisma, ani kojarzącej się z administracją publiczną nazwie nadawcy szybko znalazło się na stronach NIL i izb okręgowych. Ale kto by tam do tych izboli zaglądał! Wzywają, to trzeba zapłacić. I zapłacili...

Jesteśmy także skłonni wierzyć wysokim urzędnikom. Prywatnie możemy ich nawet nie lubić, ale magia urzędu potrafi niemałej grupie (jednej piątej?) zamąć w głowach. Pamiętacie Państwo, jak wiceminister Marek Twardowski upominał pisemnie prezesa Paszkiewicza i dyrektorów oddziałów wojewódzkich funduszu, że lekarz nie ma obowiązku dokumentowania wystawiania recept dla siebie lub rodziny? Błogosławieni, którzy nie uwierzyli. To było na początku 2010 r. Świeższy przykład. W ostatni dzień lipca br. dr hab. Sławomir Chlabicz wystosował w imieniu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce list do ministra zdrowia „w sprawie ustalenia jedno-

znacznej odpowiedzi na pytanie, jak refundowane są w Polsce antybiotyki u pacjentów leczonych empirycznie”. Wiceminister Igor Radziejewicz-Winnicki odpisał, że „wykonanie antybiogramu w zdecydowanej większości przypadków nie jest warunkiem koniecznym do zaordynowania refundowanego antybiotyku”. Była to odpowiedź w stylu jednego ze znanych mi profesorów, który zalecając obarczone podwyższonym ryzykiem terapie, mawia nie bez ironii: „a co nam szkodzi!”. Bo zaordynować z refundacją można oczywiście to i owo. Inna sprawa, czy za kilka lat jakiś wysłannik narodowego płatnika nie zakwestionuje ulgowej odpłatności za lek, podpierając się dumym, ale obowiązującym prawem.

Rozumiem ciążącą na koleżankach i kolegach presję, bo pacjenci naciskają, dziennikarze ich podburzają, a RPP „apeluje” oraz grozi „podejmowaniem czynności” i „wszczynaniem”. „Nim podasz lek, sprawdź trzy razy” – ostrzeżenia tej treści wiszą w niektórych punktach pielęgniarskich. Z nie mniejszą rozwagą należy podchodzić do wypisywania leków refundowanych, w szczególności antybiotyków, bo te z uwagi na powszechność stosowania i ogromny rozdźwięk między zdrowym rozsądkiem a obowiązującymi wskazaniem do refundacji, mogą okazać się prawdziwym polem minowym. Przepisy, nawet najgłupsze, radziłbym interpretować rozumem, a nie sercem. Bo choć najlepiej, by serce i rozum szły w parze, gdy nie jest to możliwe, lepiej ruszyć głową, by potem nie łapać się za serce.

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

PS „Pamiętacie Państwo jak wiceminister Marek Twardowski upominał pisemnie prezesa Paszkiewicza i dyrektorów oddziałów wojewódzkich funduszu, że lekarz nie ma obowiązku dokumentowania wystawiania recept dla siebie lub rodziny?”

Przepisy, nawet najgłupsze, radziłbym interpretować rozumem, a nie sercem.

W chocholim tańcu...



Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej znajdujące się na Jazdowie w Warszawie są zagrożone. Zakusy na ten obiekt ma sąsiadujące z budynkiem Centrum Sztuki Współczesnej, które chce utworzyć tu Instytut Tańca. Ponieważ obiekt jest w jego wieczystym użytkowaniu, wydaje się, że ma prawo rozporządzać nim według własnego uznania. Środowisko lekarskie jest tym zbulwersowane i pyta – co dalej ze zbiorami?

Są plany, aby wyprowadzić nie tylko Zbiory Specjalne na Jazdowie, ale z czasem całą Główną Bibliotekę Lekarską zajmującą budynek przy ul. Chocimskiej 22. Oznaczałoby to przenosiny w inne miejsce, być może na teren Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Takie propozycje pojawiły się po ostatnim posiedzeniu Komisji Zdrowia i posiedzeniu Komisji Kultury. Tymczasem budynek przy ulicy Jazdów 1A (obecne miejsce przechowywania Zbiorów

Specjalnych), jak i kamienica przy ul. Chocimskiej 22, to obiekty historyczne ściśle związane z dziejami warszawskiej i polskiej medycyny. Przeniesienie biblioteki i zbiorów byłoby więc jednoznaczne z pozbawieniem ich tożsamości. Decyzje w tej sprawie na szczęście jeszcze nie zapadły. Dyrektor GBL, Wojciech Giermaziak, uważa, że nie należy dopuścić do wyprowadzki Zbiorów Specjalnych i biblioteki z zajmowanych obecnie pomieszczeń. Tego samego

zdania jest środowisko lekarskie. Prezes NIL, Maciej Hamankiewicz, będzie w tej sprawie rozmawiał z dyrektorem GBL. Losy biblioteki nie są obojętne także historykom, którzy wystosowali oświadczenie do ministra zdrowia oraz ministra kultury i dziedzictwa narodowego. Apelują w nim o zachowanie zbiorów w nienaruszonym stanie, co jest możliwe tylko w wówczas, gdy pozostaną w obecnym miejscu. Jak podkreślają, zbudowanym troską polskich lekarzy,



Poprzednia siedziba Głównej Biblioteki Lekarskiej

poświęconemu ich tradycji, nauce, patriotycznej postawie i historii. Lista podpisanych pod tym apelem liczy kilkadziesiąt nazwisk. Są to osoby reprezentujące Polską Akademię Nauk, Uniwersytety Medyczne m.in. w Krakowie, Białymstoku, Poznaniu, Wrocławiu i na Śląsku. Są także wydawcy pism historycznych i dziennikarze. Uważają, że związek zbiorów GBL z miejscem, w którym są przechowywane, jest oczywisty. Ich zdaniem, to miejsce jest naznaczone historią, symbolami warszawskiej i polskiej medycyny. Prof. dr hab. Bożena Urbanek z Katedry Nauk Społecznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Instytutu Historii Nauki PAN powiedziała, że nie wyobraża sobie, aby bibliotekę odciąć od tego cennego, historycznego źródła. – Jestem niepokieszona, że zrodziły się pomysły wyekskmitowania biblioteki i jej zbiorów, tym bardziej, że te obiekty to już jedne z nielicznych, które ogromnym wysiłkiem udało się odbudować i zachować po wojnie – argumentuje swoje poparcie dla apelu prof. Bożena Urbanek. Twierdzi też, że sprawa własności gruntów, na

Pracownicy GBL, oprócz podstawowych zadań statutowych, przez lata realizowali swoje małe programy badawcze, organizowali wystawy, lekarskie benefisy, sesje wspomnieniowe pracowników.

których stoją budynki, nie jest do końca wyjaśniona. Może więc jest jeszcze szansa, aby problem rozstrzygnąć na drodze prawnej (sprawy sądowe nie są jeszcze definitywnie zakończone). Dzierżawa wieczysta, którą zasłania się Centrum Sztuki Współczesnej, nie musi być w tej sprawie rozstrzygająca. Małgorzata Omilanowska, podsekretarz stanu w Ministerstwie Kultury i Dziedzictwa Narodowego, uważa jednak, że ta kwestia jest zamknięta i GBL bezprawnie zajmuje budynki.

Naznaczone historią

Dział Zbiorów Specjalnych rozbudował prof. Janusz Kapuścik, dyrektor GBL, w latach 1981-1999. Dzięki temu dział ten nie tylko dokumentuje dzieje polskiej medycyny, ale gromadzi spuściznę lekarską oraz innych zawodów, a także materiały związane z historią myśli medycznej. O ich wyjątkowej wartości świadczy fakt, że Główna Biblioteka Lekarska mocą Rozporządzenia Ministra Kultury i Sztuki z dnia 24 listopada 1998 r. [Dz.U. Nr 146 z 7 XII 1998 r.] została zakwalifikowana do grupy bibliotek naukowych dysponujących narodowym zasobem bibliotecznym określanym mianem dziedzictwa. Zgodnie z ustawą o archiwach, wartość zasobu państwowego mają również zgromadzone tu medyczne archiwalia. Przepisy te obligują bibliotekę do prowadzenia prac badawczych i dokumentacyjnych. Pracownicy GBL, oprócz podstawowych zadań statutowych, przez lata realizowali więc swoje małe programy badawcze, organizowali wystawy, lekarskie benefisy, sesje wspomnieniowe pracowników. Ich profesjonalizm i zapał docenili korzystający z tych zasobów historycy medycyny z kraju i z zagranicy, którzy podkreślają, że tutaj zawsze mogą liczyć na ich fachową radę i pomoc w przeprowadzeniu kwerendy na wybrany temat. Biblioteka na Jazdowie (Zbiory Specjalne) posiada m.in. bezcenne dokumenty i archiwa różnych polskich instytucji i towarzystw. Są wśród nich teki per-

sonalne członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z lat (1923-1951), akta Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa (1930-1931), Rady Szpitalnej Wydziału Szpitalnictwa (1902-1907), Towarzystwa Higieny Praktycznej w Warszawie (1915), Towarzystwa „Kropla Mleka” miasta stołecznego Warszawy (1914-1940) i Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (1945-1952). Tutaj znajdują się także pamiątki po wybitnych warszawskich lekarzach. – Zbiory są unikatowe i w związku z tym powinny być zdeponowane w jednej instytucji centralnej specjalistycznej, podobnie jak ma to miejsce w innych krajach np. w Wielkiej Brytanii – powiedział Wojciech Giermaziak, dyrektor GBL. – Z racji tradycji i roli, jaką pełnią w perspektywie powinno się tu utworzyć część muzealną – dodał. Zastrzegł też, że GBL ma nie tylko problem z zagrażającą jej przymusową wyprowadzką, ale fatalną kondycją finansową.

Potrzeba pieniędzy i nowych rozwiązań

Czy w tej sytuacji zgromadzone z tak wielkim wysiłkiem środowiska lekarskiego i bibliotekarzkiego zbiory muzealne i archiwalne oraz książki dotyczące historii polskiej medycyny pozostaną nienaruszone? Czy działalność od lat borykającej się z niedofinansowaniem Głównej Biblioteki Lekarskiej zostanie zauważona i doceniona? Czy znajdzie się rozwiązanie, które z jednej strony zapewni zbiorom pełne bezpieczeństwo, a z drugiej stworzy perspektywę rozwoju tej placówki? Środowisko lekarskie obawia się, że poprzez odebranie ważnych dla historii polskiej medycyny obiektów, może dojść do uszkodzenia, rozproszenia czy nawet zdekompletowania zgromadzonych zbiorów. Rozwiązaniem byłoby włączenie tej części GBL do kompleksu planowanych inwestycji historycznych na tym terenie przy zachowaniu, a nawet rozszerzeniu dostępności do zbiorów. Na szczęście Ministerstwo Zdrowia, któremu podlega ta jednostka, nie jest zwolennikiem wyprowadzki. Przeciwnie,

uważa – jak wynika z wypowiedzi Aleksandra Sopińskiego – podsekretarza stanu w MZ: że Jazdów to najbardziej odpowiednie miejsce dla utworzenia w perspektywie muzeum historii medycyny. Tylko jak o tym przekonać Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, które prawem do wieczystej dzierżawy trzyma GBL w szachu i wytyka, że nie partycypuje w utrzymaniu obiektu (obiekt wymaga głębokiej rewitalizacji). Rodzi się więc kolejne pytanie, skąd wziąć pieniądze? Jak dojść do porozumienia? Wojciech Giermaziak, dyrektor GBL mówi, że obejmując stanowisko szefa tej placówki wiedział o jej problemach, również finansowych i zapewnił, że zrobi wszystko, aby je rozwiązać. W innych krajach tego rodzaju problemy są rozwiązywane odgórnie. Miejsca i zbiory związane z dziedzictwem narodowym są finansowane przez państwo. Tylko pytanie, jakiego rzędu są to kwoty, czy takie, które pozwolą egzystować, czy wegetować? Ministerstwo Zdrowia trzy lata temu skontrolowało swoją jednostkę. Kontrola wykryła szereg nieprawidłowości, m.in. zaległości w opłatach składek na ZUS (chodziło o 7 mln zł). Już wtedy na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia mówiono o planie naprawczym, ale od tej pory niewiele się zmieniło i znów wraca sprawa lokalizacji i pieniędzy. Uczestniczący w tym spotkaniu Konstanty Radziwiłł, wiceprezes NRL, podkreślił wówczas, że zadłużenie to jedno i oczywiste, że trzeba je spłacić, ale najważniejsza jest przyszłość GBL i Działu Zbiorów Specjalnych, które pełnią rolę bieżącej informacji medycznej i naukowej. Ewentualne przejęcie z przekazaniem gdzie indziej zbiorów MZ wiązałoby się także z kosztami związanymi z ich transportem i ubezpieczeniem. Obliczono, że wtedy byłby to koszt 4 mln zł, dziś już dwukrotnie więcej. Taniej byłoby – zdaniem dyskutujących – wybudować w tym miejscu park kultury i sztuki oraz Muzeum Historii Polski, którego GBL i jej Zbiory Specjalne byłyby integralną częścią.

500 tys. woluminów

Oprócz wciąż podkreślanego historycznego aspektu biblioteki i jej zbiorów, należy zaznaczyć, że GBL to specjalistyczna placówka nowoczesna i skomputeryzowana. Jej księgozbiór liczy 500 tys. woluminów stanowiących publikacje z zakresu medycyny, farmacji, nauk biomedycznych oraz historii medycyny. W Dziale Bibliografii Medycznych jest tworzona komputerowa baza danych rejestrująca literaturę naukową, kliniczną i nauk pokrewnych, a także dotyczącą organizacji zdrowia i oświaty zdrowotnej. Posługując się tą bazą, można m.in. sporządzić zestawienia literatury na konkretny temat. Korzystając z tych zbiorów, tysiące

lekarzy poszerzało i wciąż poszerza swoją wiedzę, przenie się po stopniach kariery naukowej, jednym słowem: doskonalili w swoim zawodzie. O tym, jak ważną rolę w tym procesie ustawicznego kształcenia się pełni ta instytucja, świadczy fakt, że ma 14 oddziałów terenowych, z których korzystają lekarze, farmaceuci, pielęgniarki, ale i studenci wydziałów medycznych. Cztery z nich są usytuowane w Okręgowych Izbach Lekarskich (Bielsko-Biała, Katowice, Toruń, Opole), część w szpitalach (Częstochowa, Elbląg, Kielce, Radom, Zielona Góra), część w ośrodkach związanych z opieką zdrowotną (Koszalin, Bełchatów, Słupsk, Ciechanów, Gorzów Wielkopolski). Samorząd lekarski ma więc znaczący udział w pielęgnowaniu zbiorów bibliotecznych, troszcząc się zarówno o ich kondycję,

jak i dostępność. Ze składkowych pieniędzy lekarzy dokłada do utrzymania filii GBL znajdujących się na ich terenie. W swojej działalności biblioteka zarówno główna, jak i jej filie posługują się Centralnym Katalogiem Czasopism Zagranicznych o tematyce medycznej, Katalogiem Osobowym Lekarzy, a także bazami zawierającymi biografie osób notowanych w polskim piśmiennictwie medycznym (biogram) i polską wersją amerykańskiego tezaury (Tez-MeSH). Od 2002 r. GBL pełni też rolę Centrum WHO, przesyłając drogą elektroniczną zamówione materiały ze swoich zbiorów użytkownikom na całym świecie. ■

Komentarz dra K. Radziwiłła na temat GBL na www.gazetalekarska.pl!

Nasi w Europie



Anna Lella

Stanowisko ERO-FDI w sprawie techników dentystycznych

Jednym z głównych tematów Sesji Plenarnej Europejskiej Organizacji Regionalnej Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI), która miała miejsce 30 sierpnia br., była rola techników dentystycznych.

Od lat pojawiają się informacje o działaniach organizacji zrzeszających tę grupę zawodową. Mają one na celu poszerzenie zakresu uprawnień zawodowych techników. Ostatnio przygotowano raport Europejskiej i Międzynarodowej Federacji Właścicieli Laboratoriów Techniczno-Dentystycznych (FEPPD), który przekazano podczas corocznego spotkania w ramach projektu Europejskiego Komitetu Normalizacyjnego CEN TC55. W raporcie federacji zawarto stwierdzenie, że technicy powinni być uprawnieni do bezpośredniego udzielania świadczeń pacjentom.

Uznając, że istotne jest, aby ERO-FDI, jako federacja zrzeszająca organizacje stomatologiczne z całej Europy, zajęła stanowisko w tej sprawie, zgłosiłam jego projekt, który po omówieniu i drobnych korektach został jednogłośnie przyjęty przez plenum.

W trakcie dyskusji podkreślano m.in., że:

- wyroby wykonywane przez techników dentystycznych stanowią zaledwie element dokładnie zaplanowanego leczenia stomatologicznego wymagającego właściwej diagnozy, do której dokonania technik dentystyczny nie posiada kwalifikacji;
- stomatologia jest nauką, a nie rzemiosłem – to lekarz kieruje zespołem stomatologicznym i odpowiada za cały proces leczenia;
- jednym z argumentów na rzecz poszerzenia uprawnień zawodowych zawodów pomocniczych jest oczekiwanie obniżenia kosztów, jednak badania przeprowadzone w Kanadzie

wykazały, że technicy dentystyczni proponowali stawki podobne do lekarskich; ponadto można się spodziewać wzrostu kosztów poprzez wydatki na leczenie powikłań po niekompetentnym postępowaniu.

W przyjętym stanowisku podkreślono, że stomatologia jest kompleksowym działem medycyny i do udzielania świadczeń stomatologicznych niezbędne są odpowiednie kwalifikacje zawodowe.

Przyjęte stanowisko jest cennym dokumentem, który poszczególne organizacje powinny właściwie wykorzystać w swoich krajach, ponieważ to władze poszczególnych państw określają uprawnienia zawodowe pracowników. Dotyczy to także Polski, gdzie kwestię szerszych uprawnień zawodowych techników dentystycznych co jakiś czas powracają. Przykładem może być choćby interpelacja posła Zbigniewa Girzyńskiego z 29 sierpnia br. (nr 8245). Dobrze wiemy, że zdarza się, iż technicy bezprawnie świadczą usługi bezpośrednio pacjentom, a zawiadamiane o tym organy ścigania zwykle umarzają postępowania w takich sprawach. ■

Autorka jest sekretarzem generalnym Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO-FDI).

W przyjętym stanowisku podkreślono, że **stomatologia jest kompleksowym działem medycyny.**

To problem nas wszystkich

Z prof. Renatą Górską, prorektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultantem krajowym w dziedzinie periodontologii oraz kierownikiem Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM, rozmawiają Marta Jakubiak i Katarzyna Strzałkowska.

Kilka dni temu wróciła pani profesor z obrad Amerykańskiego Towarzystwa Periodontologicznego – AAP, skupiającego kilka tysięcy osób, głównie z Ameryki; z Europy zapraszani są jedynie nieliczni. Jak wyglądają najnowsze wyniki badań w zakresie periodontologii?

Amerykanie biją na alarm. Po opublikowaniu dwa tygodnie temu pierwszych wyników badań epidemiologicznych zwołano specjalne spotkanie, aby podjąć natychmiastowe kroki, które wpłynęłyby na poprawę istniejącej sytuacji.

Wykazano, że co drugi Amerykanin po 30. roku życia ma zapalenie przyzębia. Z 47,2% chorych postać lekką ma 8,7%, średnią 30%, a ciężką 8,5%.

A jak wygląda to w Polsce?

Podobnie, w przedziale wiekowym 35-44 lata stwierdzono ciężką postać zapalenia przyzębia u 8,5% osób badanych, a średnio zaawansowana postać choroby została wykryta na poziomie 45% w badanej populacji. W przypadku 90% z ponad tysiąca przebadanych osób zalecana jest poprawa higieny jamy ustnej, aż 18% wymaga leczenia specjalistycznego. O wiele gorzej przedstawia się sytuacja u osób po przebytym zawale mięśnia sercowego. Przeprowadzone badania stanu zdrowia jamy ustnej wykazały, iż średnia liczba zębów, w tej grupie chorych wynosi 17, a u jednej piątej stwierdzono bezzębność (w średnim wieku 55 lat!). Ponadto 46% przebadanych osób wymagało dalszego leczenia specjalistycznego.

Niepokojący jest również poziom świadomości społeczeństwa polskiego w zakresie chorób przyzębia. Z 12 tys. osób zaproszonych na bezpłatne badania periodontologiczne zgłosiło się niecałe 10%, choć wszyscy zostali poinformowani, że w przypadku stwierdzenia patologii w jamie ustnej będą mieli możliwość leczenia w ramach NFZ. Mimo wszystko zgłaszalność była bardzo niska.

Dobrze byłoby pamiętać, że choroby przyzębia są przewlekłymi chorobami zapalnymi i częstota ich występowania wzrasta wraz z wiekiem. Jak wykazują ostatnie badania przeprowadzone w USA, odsetek osób z chorobą przyzębia wzrasta do 70% po 65. r.ż.

Niepokojący jest również poziom świadomości społeczeństwa polskiego w zakresie chorób przyzębia. **Z 12 tys. osób zaproszonych na bezpłatne badania periodontologiczne zgłosiło się niecałe 10%.**

Z badań prof. Marii Wierzbickiej wiemy, że przeciętny Polak po 65 r.ż. ma tylko 7 zębów.

Kto jest w grupie podwyższonego ryzyka?

Osoby narażone na czynniki ryzyka. Wy różniamy determinanty ryzyka choroby, na które nie mamy wpływu: wiek i płeć. Mężczyźni są bardziej predysponowani do zapadania na choroby przyzębia – w badaniach stwierdza się u nich gorszą higienę jamy ustnej, częściej też występują u nich nałogi. Kolejna rzecz to czynnik ekonomiczno-socjalny. Bardzo ważny jest też czynnik genetyczny. Jeżeli u rodziców występowała choroba przyzębia, dla młodego pokolenia jest to sygnał, że powinni poddać się dokładnej diagnostyce periodontologicznej.

Inne czynniki ryzyka to: nikotynizm, stres, otyłość, cukrzyca, osteoporoza. Połączenie czynnika genetycznego i nikotynizmu to najgorszy prognostyk przyszłej progresji choroby.

Świadomość to chyba nie tylko przygotowanie społeczne, ale przede wszystkim świadomość opiekujących się pacjentami lekarzy – zarówno lekarzy dentystów, jak i lekarzy innych specjalności.

To fakt, że w zakresie dbałości o zdrowie pacjenta mogą i powinni edukować lekarze. Tak jak diabetolog sprawdza poziom glikemii, internista ciśnienie, periodontolog sprawdza poziom płytki nazębnej, wskaźnik krwawienia, ruchomość zębów i inne parametry. Należy więcej mówić o periodontologii, gdyż jest to nauka o chorobach tkanek otaczających ząb, które w przypadku wystąpienia chorób przyzębia stanowią źródło przewlekłego stanu zapalnego w organizmie i nie jest to już tylko problem stomatologiczny. Rozchwianie zęba, a następnie jego utrata, to nie jedyne konsekwencje nieleczenia chorób przyzębia. O ich związku z chorobami ogólnoustrojowymi mówi się od wielu lat, jak chociażby o wpływie na chorobę miażdżycową, a co za tym idzie – podwyższonym ryzyku niedokrwinnego udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego, choroby wieńcowej. Nielezione choroby przyzębia to również przyczyna przedwczesnego porodu czy niskiej wagi urodzeniowej dziecka. Ostatnio mówi się też o związku chorób przyzębia z rakiem trzustki czy zaostrzeniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Chore przyzębie to wrota infekcji, przez które bakterie przenikają do krwiobiegu. Nieleczony przewlekły stan zapalny może doprowadzić do groźnych schorzeń autoimmuno-

logicznych. To powody dla każdego lekarza, by zainteresować się stanem zdrowia jamy ustnej pacjenta.

W Polsce jest 400 lekarzy periodontologów, czyli bardzo mało. Są takie województwa, jak np. świętokrzyskie, w którym jest jeden periodontolog na 300 tys. mieszkańców. Są też województwa, gdzie nawet nie powołano konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie periodontologii, uznając, że to niepotrzebne. Jeśli chodzi o rezydentury, miejsc jest niewiele. Mam czterech lekarzy rezydentów i nie mogę nikogo więcej przyjąć. Ośrodków akredytacyjnych, w których lekarze mogą odbywać specjalizację periodontologiczną, jest niewiele. Zazwyczaj szkolenie takich specjalistów odbywa się w ośrodkach akademickich, gabinety prywatne rzadko mają akredytację. Staramy się nieco poszerzyć nasze możliwości w zakresie kształcenia nowych specjalistów. Powstaje już nowa placówka w Warszawie przy ul. Emilii Plater w wyremontowanych pomieszczeniach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Będzie tam jedenaście foteli. Wystąpimy o akredytację.

Donn Cleen, przewodniczący zespołu problemowego AAP, twierdzi, że periodontolodzy są specjalistami, którzy jako jedyni współpracują przez całe życie z innymi specjalistami. Czy zgadza się pani z takim stwierdzeniem?

Absolutnie tak. Jeżeli poddamy pacjenta, który twierdzi, że jest ogólnie zdrowy, leczeniu przyczynowemu, a więc usunięciu kamienia i płytki nazębnej, stosując leki przeciwbakteryjne, powinna nastąpić poprawa. Jeżeli na kolejnej wizycie nadal obserwuję brak efektów leczenia, natychmiast kieruję pacjenta na badania podstawowe. Często okazuje się, że pacjent ma np. schorzenie hematologiczne albo cukrzycę.

W czasie badania i leczenia periodontologicznego mam możliwość obejrzenia np. tylnej ściany gardła i łuków podniebiennych. Gdy widzę jakieś niepokojące zmiany, informuję o nich pacjenta i kieruję do odpowiedniego specjalisty. Dzięki prof. Edwardowi Frankowi współpraca naszego zespołu z diabetologami jest ścisła. Na co dzień współpracujemy też z dermatologami. Bardzo dużo chorób skórno-słuzówkowych zaczyna się w jamie ustnej. Dermatolodzy kierują pacjentów do nas, my – do nich. Także okuliści przysyłają chorych przed operacjami na konsultację, aby wyeliminować ogniska stanów zapalnych w obrębie szyi i głowy. Wciąż małą współpracę odnotowujemy w przypadku lekarzy POZ i laryngologów.

Może lekarze POZ i laryngolodzy badający gardło nie są w stanie zdiagnozować choroby przyzębia?

To nie jest trudne. Cechami zapalenia są zmiana koloru i konsystencji dziąseł – robią się one czerwone, obrzmiałe i miękkie. Zęby są rozchwiane, przemieszczone, widać płytkę nazębną. Może pojawiać się krwawienie samoistne. Czasem po prostu wystarczy zapytać pacjenta, czy ma dolegliwości w postaci krwawienia z dziąseł np. podczas spożywania twardych pokarmów lub szczotkowania zębów. To są symptomy widoczne. Można nie zauważyć subtelnych zmian przy remisji choroby, ale ostry stan jest do wychwycenia przez każdego lekarza.

W jaki sposób lekarze innych specjalności mogą zachęcać pacjentów do leczenia stomatologicznego?

Z prof. Grzegorzem Opolskim, konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii oraz zespołem kardiologów i periodontologów, opracowaliśmy wytyczne mówiące o tym, że jeżeli pacjent nie był u lekarza dentysty dłużej niż pół roku, kardiolog powinien go tam skierować. Dobrze byłoby, aby te zasady obowiązywały w stosunku do lekarzy wszystkich specjalności. Spojrzenie internisty czy kardiologa na jamę ustną jest bardzo ważne.

A może warto na konferencje i kongresy zawsze zapraszać periodontologa, by pokazywał związek periodontopatii z innymi chorobami ogólnoustrojowymi.

Na ostatnim kongresie kardiologicznym, który odbył się w Poznaniu, były przedstawiane prace periodontologiczne. Na nasze kongresy zapraszani są kardiolodzy. Jesteśmy otwarci na współpracę, zwłaszcza że jest ona bardzo potrzebna. Zawsze chętnie porozmawiamy o periodontologii w kontekście innych chorób współwystępujących.

Podczas V Światowego Dnia Jamy Ustnej zastosowała pani porównanie, że „łączna powierzchnia kieszonek przyzębnych u dorosłego człowieka z pełnym uzębieniem i średnio zaawansowanym przewlekłym zapaleniem przyzębia to jak rana wielkości dłoni”. Nikt nie chodziłby z takiej wielkości sączącą się raną bez opatrunku i interwencji lekarza... W przypadku jamy ustnej jest inaczej. Dlaczego?

W przypadku zapalenia przyzębia mówimy o zakażonej ranie wielkości od 4 tys. do 7 tys. mm². Jeżeli pacjent ma taką ranę, np. na dłoni, idzie do lekarza, czasem nawet

bierze zwolnienie. Jeśli ma zapalenie spojówek – biegnie do okulisty. Jeśli taką ranę ma w jamie ustnej, chodzi z nią miesiącami i latami, aż straci zęby. Chylę czoło przed prof. Witoldem Zatońskim za jego walkę z nikotynizmem i wdrażanie nawyków prawidłowego odżywiania. Coraz więcej Polaków chce prowadzić zdrowy tryb życia: biegają, jeżdżą na rowerach, ćwiczą. Nie rozumiem, dlaczego nie potrafimy traktować zdrowej jamy ustnej jako podstawowego elementu zdrowego trybu życia. I tu po raz kolejny możemy mówić o braku świadomości.

Ponieważ Polacy coraz bardziej troszczą się o swój wygląd, grono osób, które decydują się na leczenie implantoprotetyczne czy ortodontyczne, stale się zwiększa. Czy lekarze dentyści uwzględniają przeciwwskazania do takiego leczenia w związku z istniejącymi chorobami periodontologicznymi?

Sytuacja zmieniła się na korzyść. Kilka-naście lat temu było dużo gorzej. Coraz rzadziej zdarza się, że ortodonta założy aparat pacjentowi z niewyleczonym przyzębiem. Ryzyko jest duże, bo zamiast korekty ortodontycznej, pacjent może stracić zęby. Podobnie jest w przypadku implantów – panujący stan zapalny w jamie ustnej jest czasowym przeciwwskazaniem do wykonania implantów. Nawet stomatologia zachowawcza wymaga przygotowania periodontologicznego. Jak można wykonać prawidłowo wypełnienie, jeśli występuje krwawienie z dziąseł? Nie mówię, że jest to niemożliwe, ale skuteczność takiego leczenia będzie zdecydowanie mniejsza. Podobnie jest z leczeniem protetycznym.

Pani profesor, pani dorobek jest ogromny. Mówi się, że Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM to obecnie wiodący ośrodek w kraju. Co było pani największym sukcesem, a co największą porażką jako kierownika warszawskich śluzówek i jakie ma pani plany na przyszłość?

To trudne pytanie. Niewątpliwie sukcesem zakładu jest to, że jego zespół jest szanowany i doceniany. Jeśli chodzi o ranking naukowy, jesteśmy chyba w pierwszej piątce; ostatnio mieliśmy 8. miejsce na 130 jednostek WUM. Udało nam się też stworzyć więź pomiędzy uczelniami. Kolejna ważna rzecz to przeprowadzenie badań epidemiologicznych u pacjentów losowo wybranych oraz u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Dużym sukcesem jest nawiązanie współpracy interdyscyplinarnej. Nasi pacjenci są zadowoleni, nie mieliśmy żadnych spraw roszczeniowych.

Z prof. Grzegorzem Opolskim, konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii oraz zespołem kardiologów i periodontologów, opracowaliśmy wytyczne mówiące o tym, że jeżeli pacjent nie był u lekarza dentysty dłużej niż pół roku, kardiolog powinien go tam skierować.

A największa porażka...?

Nie udało mi się przenieść zakładu. Nie udało się także do tej pory, mimo usilnych starań władz uczelni, wybudować Instytutu Kardiologii, w którym byłby umiejscowiony nasz zakład. Ciągłe jesteśmy przy ul. Miodowej i działamy w bardzo trudnych warunkach [Rozmawiamy w gabinecie prof. Górskiej. To pokoik mniej więcej wielkości 2,5 x 3 m². Mieści się tu nieduże biurko, trzy krzesła i półka na jednej ze ścian. Żeby przejść do wyjścia, krzesło trzeba dosunąć do biurka, w innym wypadku nie ma szans, żeby się przecisnąć. Drzwi wejściowe są przesuwne – nie ma miejsca, aby skrzydło drzwiowe otworzyło się na gabinet lub sekretariat, dla którego wygospodarowano niewielką wnękę – przyp. red.]. Chciałabym poprawić warunki pracy moim pracownikom. Choć często słyszę: macie świetne wyniki przy takich warunkach, nie jest to dla mnie pocieszenie. Warunki lokalowe zdecydowanie należałoby zmienić.

Jeśli chodzi o plany, będę zabiegać o pozyskanie akredytacji dla ośrodka przy ul. Emilii Plater. Chciałabym także, by NFZ refundował więcej procedur periodontologicznych. Niedawno rozmawiałam też o włączeniu do obowiązkowych badań w zakresie medycyny pracy także konsultacji stomatologicznej. Wprowadzanie takich zmian nie jest łatwe, ale w słusznej sprawie zawsze warto podejmować wysiłki i próbować. Liczę też, że uda się nawiązać współpracę z nowymi środowiskami medycznymi, by wspólnie rozmawiać o związku chorób przyzębia z chorobami współistniejącymi. ■

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

Najmłodszy, ale bez kompleksów

Byli jedną z delegatur Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi i mimo, że w decydowaniu o sobie mieli dużą swobodę, zapragnęli autonomii. Dziś są najmłodszą (11 lat) izbą w Polsce, ale nie mają z tego powodu kompleksów.



Siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie

Częstochowa leży na styku trzech województw: śląskiego, świętokrzyskiego i łódzkiego. Trudno więc określić, z którym z nich mentalnie najbardziej utożsamiają się lekarze tego miasta i regionu. Ich dążenia do autonomii mają swoje podstawy w przeszłości, kiedy w starym podziale administracyjnym kraju było tu województwo. Miasto wówczas kwitło. W 1999 r., kiedy zaczął obowiązywać nowy podział, wchłonął je Śląsk, ale do Śląska lekarzom nie po drodze.

Tamtejsza izba nie posiada delegatur, zniknęłaby więc w tak dużej strukturze. Także funkcjonowanie jako delegatura OIL w Łodzi nie dawała im poczucia własnej odrębności. Kiedy tylko pojawił się sprzyjający klimat (łódzka izba pomogła częstochowskim lekarzom się odłączyć), decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej w 2000 r. powstała Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie, która obecnie liczy 2300 lekarzy. Choć najmłodsza stażem, jeśli chodzi o liczbę członków, klasyfikuje

się na 6. miejscu od końca. Pierwszym przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej OIL w Częstochowie był Zbigniew Brzezina, który funkcję tę pełnił przez dwie kadencje. Obecnie jest członkiem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącym Komisji Legislacyjnej NRL. Wraz z Wojciechem Marquardtem, obecnym przewodniczącym Komisji Finansowej w NRL, jako jedyni są w radzie od 1989 r., a więc mają najdłuższy staż. Można powiedzieć, że wtedy był młodym gniewnym wśród starych wyjadaczy, którzy po reaktywacji samorządu lekarskiego w latach 90. stanowili jego trzon, nadając ton i kierunek działania. Był to okres budowania, poznawania się, tworzenia aktów prawnych, które nowo powstałej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie dały solidne podstawy – wspomina Zbigniew Brzezina. Obecny prezes izby, Mariusz Malicki, uważa, że to właśnie dzięki temu udało się tu stworzyć prężnie działającą instytucję rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców i namówić wielu nowych kolegów do pracy w samorządzie. Jest to dowód, że mała izba może być aktywna, że może sobie świetnie radzić. – Małe izby lekarskie mają to do siebie, że łatwiej im stworzyć zintegrowaną społeczność. Tutaj nie ma miejsca na anonimowość, nie ma też możliwości, aby stać w cieniu – tłumaczy prezes Mariusz Malicki. – Fakt, że panują u nas w izbie niemal familiarne stosunki, aktywizuje środowisko – dodaje. W praktyce oznacza to, że jeśli trzeba coś zrobić i odpowiadać za to, nie ma oglądania się na kolegów czy też chowania za ich plecami. To daje się odczuć już w momencie przekroczenia progu siedziby izby. Ale nie tylko. Poza zawodowymi i samorządowymi kontaktami, lekarze z częstochowskiej izby chętnie spotykają się w Klubie Lekarza, wielu z nich przyjaźni się ze sobą, wspólnie spędzają wolny czas i urlopy.

Jednym słowem trzymają się razem i wspierają. To przekłada się na codzienną pracę w szpitalach, przychodniach, gabinetach.

Duch doktora Biegańskiego

Problemem małych izb lekarskich były i są pieniądze. Im mniej członków, tym mniej pieniędzy ze składek, a koszty utrzymania obiektów są porównywalne z dużymi izbami. Ta sama zasada dotyczy realizacji ustawowych obowiązków. – Najtrudniej nam utrzymać działalność sądu lekarskiego, ale jesteśmy przeciwni łączeniu tych funkcji z innymi izbami, tym bardziej, że sąd działa u nas wzorowo – zastrzega prezes Mariusz Malicki. – Dziś są zakusy, by łączyć sądy, jutro inne komórki, a później okaże się, że mniejsze izby straciły autonomię, którą z takim trudem sobie wywalczyły – dodaje. Częstochowscy lekarze są zgodni, że nie liczebność członków decyduje o tym, czy słyszać ich głos w samorządzie, ale pomysły i zaangażowanie w ich realizację. Tak młody samorząd lekarski nie ma rozległych przedwojennych korzeni, jak izby z innych regionów Polski, choć już wtedy częstochowski lekarz pełnił funkcję sekretarza izby lekarskiej w Krakowie. To tutaj urodził się i działał słynny Władysław Biegański, którego imieniem Polskie Towarzystwo Lekarskie przyznaje medale. Również prezydent Częstochowy nadaje tego rodzaju odznaczenia za zasługi na polu medycyny. Otrzymali je między innymi Zbigniew Brzezina i Mariusz Malicki, ale także wielu innych lekarzy działających w częstochowskim samorządzie. Aktywność częstochowskiego środowiska została doceniona – zarówno prezes, jak i wiceprezes jako jedyni z częstochowskiej izby zostali uhonorowani najwyższym odznaczeniem samorządu lekarskiego Meritus Pro Medicis. Cza-sem wydaje się, że duch doktora Biegańskiego czuwa nad częstochowskimi lekarzami i ich wspiera. Tak było ze zorganizowaniem w Częstochowie Kongresu Polonii Medycznej. Tu zrodził się pomysł, tu odbyły się I i II kongres, a później, kiedy zaczęły wędrować po Polsce (Kraków, Warszawa, Toruń), to i tak przynajmniej jedna z sesji odbywała się w Częstochowie. Dla lekarzy polonusów była to okazja spotkać się w tym szczególnym miejscu. Każda ich wizyta była połączona z odwiedzeniem sanktuarium Matki Boskiej i zawsze chcą tu wracać. Dla nich jest to nie tylko spotkanie naukowe i towarzyskie, to rodzaj pielgrzymki, z której czerpią duchowe wsparcie. W okolicach Częstochowy urodził się też wybitny polski kardiochirurg Marian Zembala, który będąc już szefem Centrum Chorób Serca w Zabrzu, utworzył bliźniaczą placówkę w częstochowskim szpitalu im. Mickiewicza. Z Częstochowy pochodzi prof. Grzegorz Opala, ze Śląskiej Akademii Medycznej, były minister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka. Jest tak bardzo przy-

wiązany do swojego rodzinnego miasta, że stał się jednym z inicjatorów Światowego Kongresu Częstochowian. Podkreślił wówczas, że w Częstochowie ludzie czują się wyjątkowo. Dzieje się tak, bo jest to chyba jedyne miejsce na świecie, które obok pielgrzymujących wiernych, odwiedzają papież, głowy państw, królowie, ministrowie... – Jako samorząd lekarski dopiero budujemy własną tożsamość i ta wyjątkowość miejsca oraz zasłużonych osób z nim związanych pomaga nam w tym – zastrzega prezes Malicki.

To dobre miasto

Częstochowa zawsze kojarzyła się i będzie kojarzyć z sanktuarium Matki Boskiej na Jasnej Górze.

Tutaj nie sposób odciąć się od magii tego miejsca. W 11-letniej historii działalności Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie dzieli się tą magią z uczestnikami kongresów, konferencji, spotkań. Sąsiedztwo Jasnej Góry z siedzibą izby daje im power. Niektórzy twierdzą, że Częstochowa, a sanktuarium w szczególności, są położone w samym centrum jednego z ziemskich czakramów, co inspiruje, sprzyja rozwojowi. Taki czakram znajduje się też na Wawelu. – Uwalnia się tu dużo dobrej energii, kiedy organizowaliśmy wyjazdowe posiedzenia Prezydium NRL lub posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, zawsze działa się podczas tych spotkań coś ważnego, zapadały kluczowe decyzje – twierdzi prezes Mariusz Malicki. Sam

Jan Paweł II powiedział, że „Częstochowa to dobre miasto”. Lekarze z Częstochowy cenią sobie dobrosąsiedzkie stosunki i pielęgnują je. Chętnie wchodzi w kontakty z innymi izbami i uczestniczą w organizowanych tam szkoleniach. Siedziba OIL w Częstochowie znajduje się w przedwojennej willi przy ul. Zajączka 5, która jest położona w atrakcyjnym miejscu blisko głównego traktu prowadzącego na Jasną Górę. Sala wykładowa mieści na razie 50 miejsc, ale ambicją samorządowców jest stworzenie dużo większej, której zręby już powstały, aby móc organizować szkolenia na wzór zaprzyjaźnionych sąsiedzkich izb. W trudnych sytuacjach lekarze mogą korzystać z funduszu zapomogowego. Lekarze z Częstochowy kochają imprezy sportowe. Ich liczba, jak na tak małą izbę, jest imponująca. To tutaj odbywa się jeden ze słynnych już motocyklowych rajdów DoctorRiders. Dla jego uczestników przeor Jasnej Góry odprawił nawet specjalną mszę świętą. Mieli oni okazję zwiedzić refektarz, do którego zgodnie z klasztorną klauzulą nie mają wstępu kobiety. Tylko panujące i jak dotąd trzy z nich dostąpiły tego zaszczytu – Eleonora Austriacka, która w 1670 r. poślubiła na Jasnej Górze króla Michała Korybuta Wiśniowieckiego, brytyjska Królowa Elżbieta i królowa belgijska Fabiola. To tutaj odbywa się doroczny turniej tenisowy, to tutaj lekarze rozgrywają turnieje mistrzostw Polski lekarzy w piłce nożnej. Fakt, że to rodzinne miasto Kuby Błaszczykowskiego, dodaje lekarzom skrzydeł podczas piłkarskich rozgrywek, a prezesowi



Posiedzenie Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych (wrzesień 2009 r.)

Malickiemu sprawia przyjemność, że jego żona Ilona uczyła w szkole piłkarza chemii. Renomą cieszy się także konkurs fotograficzny, na który lekarze z całej Polski przysyłają swoje prace. Cieszy się tak ogromnym powodzeniem, że w przyszłym roku izba chce zorganizować konkurs na skalę międzynarodową.

Odbudować zaufanie

Lekarz przychodzący do izby, niezależnie od tego, w jakiej sprawie – ważnej, blżej czy przykrej, musi mieć poczucie, że przychodzi do siebie, a nie do urzędu, w którym jest traktowany jak klient. Jest to idea częstochowskiego samorządu jako instytucji, która ma reprezentować i bronić interesów lekarza. Lekarze z OIL w Częstochowie nie mają zaplecza w postaci uczelni medycznej. Korzystają z bazy klinicznej i dydaktycznej sąsiadów. Za to baza szpitalna i sieć przychodni (POZ) jest na tyle rozbudowana, że nie mają problemu ze znalezieniem pracy. Ale nie jest to kraina mle-

kiem i miodem płynąca. Istnieją spore dysproporcje w wynagrodzeniach lekarzy, w zależności, czy pracują w publicznych, czy niepublicznych placówkach oraz czy są zatrudniani na tradycyjną umowę o pracę, czy na kontrakcie. Niższe niż (np. w Kielcach) zarobki, powodują, że sporo z nich wyjeżdża za pracę. Liczba mieszkańców Częstochowy zmalała ostatnio z 270 tys. do 200 tys. i to jest niepokojące. Przyszłość także nie nastraja optymistycznie. Należy liczyć się z niedoborem specjalistów w wielu dziedzinach. To są wyzwania dla samorządu lekarskiego w Częstochowie. – Doświadczaliśmy życia w dużej izbie łódzkiej, a teraz doświadczamy życia w izbie małej i widać, jakie są tego plusy i minusy – mówi Zbigniew Brzezina. Przyznaje, że minusy to finanse, plusy to większa niż w dużych izbach swoboda w wyrażaniu opinii, sposobie bycia, nawiązywaniu kontaktów, co poprawia komfort pracy i życia. Społeczność lekarska bardziej się identyfikuje z małą izbą, gdzie relacje są bardziej bezpośrednie. ■

Warto wiedzieć

Metryka Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie

Terytorium: województwo śląskie

Adres siedziby: ul. gen. J. Zajączka 5, 42-200 Częstochowa

Kontakt: tel./faks (34) 368 18 88; e-mail: czestochowa@hipokrates.oeg

Strona internetowa: www.oilczestochowa.pl

Liczba członków: 1715 lekarzy, 577 lek. dentystów

Liczba delegatów na zjazd: 98

Liczba członków Okręgowej Rady Lekarskiej: 22

Prezes: Mariusz Malicki

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Marek Mikołajczyk

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego:

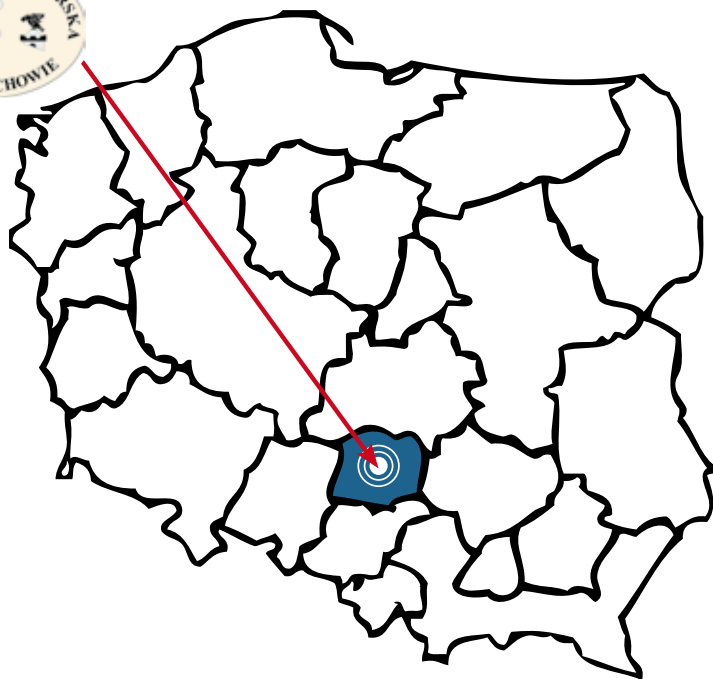
Janusz Kapustecki

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

Małgorzata Lemańska

Liczba pracowników etatowych: 6,25

Liczba samorządowców na etacie: 0





Jolanta Małmyga

Listopadowe refleksje

*Piękny jest świat i piękne jest życie,
Gdy się zaczyna i jest w rozkwicie.
Trudno pogodzić się z przemijaniem,
Ale tak mamy w gwiazdach pisane,
Kiedys pożegnać się z każdym trzeba,
Bo odchodzimy wszyscy do gwiazd,
Kiedy się kończy nasz ziemski czas.*

Listopad to miesiąc pamięci, refleksji i zadumy nad życiem. To fragment wiersza, który napisałam, dedykując go mojej koleżance po śmierci jej ojca. Każde rozstanie jest bolesne, ale może naprawdę odchodzić się do lepszego świata, przecież nikt tego nie wie. Myślę, że jednak tak łatwiej jest znieść ból i żal. Wszyscy żegnaliśmy się na zawsze z tymi, których kochaliśmy i szanowaliśmy. I nie tylko z najbliższą rodziną. Byli wśród nich nasi nauczyciele i przyjaciele, których brakuje na co dzień, szczególnie wtedy, kiedy mamy problemy do rozwiązania albo radości, którymi chcielibyśmy się z nimi podzielić. To są chwile, kiedy pytamy, dlaczego życie tak szybko przemija i dlaczego zabrakło nam czasu na rozmowy? W listopadzie, kiedy odwiedzamy miejsca wiecznego spoczynku najbliższych, zapalamy znicze i kładziemy kwiaty przypominamy sobie, jacy byli. Wspominamy czas, gdy byliśmy razem, gdy nas wychowywali i uczyli, przekazywali własną wiedzę i doświadczenia, uczyli nas żyć i pomagali. Dobrze, gdy przy grobach spotykają się całe rodziny i wspominają. Ale czy tak jest zawsze...? Przecież bywa też i tak, że nad grobem nie ma nikogo, jest eleganka wiązanka i świeczka na pokaz. I pojawia się refleksja, czy nikt tych ludzi nie kochał?

Lubię wieczorem patrzeć, jak poświata płonących zniczy otula zwiewną zasłoną groby najbliższych i stwarza magiczną aurę wieczności.

Dlaczego nie dostrzegamy otaczającego nas piękna i radości?

Listopad to miesiąc, kiedy znikają kolorowe barwy słonecznej jesieni, a deszczowa pogoda pogłębia zły nastrój i apatię. Krótkie, szare dni powodują, że nasze myśli też stają się ponure i bezbarwne. Chłód wkrada się również do ludzkich serc. Przypominamy sobie dobre chwile i sukcesy, ale także niepowodzenia i porażki. Tylko czy warto zamrażać do wiosny niepowodzenia i niespełnione nadzieje? Nawet w przyrodzie wszystko się zmienia i dostosowuje do nowych warunków. Zimno tylko na krótko spowalnia życie przyrody i pozwala zebrać jej siły, aby ponownie odrodziła się wiosną, wypuszczając nowe pędy, liście i kwiaty. Bierzmy z niej przykład i nie zapamiętujemy złego. Życie ludzkie się nie powtarza, mija szybko i bezpowrotnie, ale niech w naszej pamięci zawsze zostanie to, co było dobre, piękne i miłe. Warto pamiętać tylko takie chwile, bo takie wspomnienia sprawiają wrażenie nieprzemijania.

W długie listopadowe wieczory mamy czas na przemyślenia, podsumowania i rozliczenia z minionym czasem. Myślę, że lepiej pożegnać się z niespełnionymi nadziejami i rozgoryczeniem. Wyrzucmy chłód z naszych serc i ogrzejmy je ciepłymi wspomnieniami. Wspomnienia są przecież po to, aby rozjaśniały świat. I jak napisała Wisława Szymborska:

*Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięć się im płaci. ■*

*Autorka jest wiceprezesem ORL
w Gorzowie Wlkp.*

Lubię wieczorem
patrzeć, jak poświata
płonących zniczy **otula**
zwiewną zasłoną
groby najbliższych
i stwarza magiczną
aurę wieczności.

Wciąż na TOPIE

Wystawa CEDE spowszedniała, ale jej prestiż się podniósł.

Kiedy 22 lata temu zorganizowano w Łodzi I Środkowoeuropejską Wystawę Produktów Stomatologicznych CEDE, powiało wielkim światem. Targi tej rangi odbywały się w Polsce po raz pierwszy i prezentowane tam wyroby oglądano z wypiekami na twarzy. Dziś impreza ta wpisała się na stałe w kalendarz imprez wystawienniczych tej branży i przez środowisko stomatologiczne jest już odbierana inaczej. Czy po latach CEDE może jeszcze czymś zaskoczyć? Czy spełnia oczekiwania lekarzy dentystów?

Starzy bywalcy

CEDE wprawdzie już nie wywołuje tak wielkich emocji jak na początku, ale w branży stomatologicznej wciąż się liczy, ma prestiż i swoich wiernych odbiorców. Co roku wystawę odwiedza 14-14,5 tys. osób i choć nie notuje się dynamicznego wzrostu liczby zwiedzających, jak to było w pierwszych latach, frekwencja jest ustabilizowana. Wiele osób przyjeżdża na targi rok w rok. To są starzy bywalcy. Mimo, że obecnie nie są to jedyne targi stomatologiczne w Polsce – jest Toruń, Kraków, Gdańsk, można też bez przeszkód wybrać się do Kolonii – sentyment do CEDE pozostał. – Tu jest specyficzny klimat, który być może wiąże się z przeszłością, z osobą cha-

ryzmatycznego prof. Włodzimierza Józefowicza, wieloletniego prezesa Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, który był inicjatorem otwarcia się zacofanego wtedy rynku stomatologicznego na nowe technologie medyczne – mówi Ludmiła Rupala z Żar, która wtedy była świeżo po studiach i zaczynała dopiero organizować swoją praktykę lekarską. Mówi, że udział w targach i towarzyszących im sesjach stwarzał możliwość nowego podejścia do zawodu dentysty. Targi pozwoliły nie tylko otrzeć się o nowoczesność, ale stwarzały realną szansę przeniesienia jej do własnego gabinetu. – To były czasy, kiedy na targach nie tylko się oglądało, wiele produktów można było kupić od ręki – wspomina z nostalgią. Widok stomatologów targających do samochodów pudła ze środkami higieny jamy ustnej, kolorowe torby wypakowane targowymi gadżetami, był powszechny. Krystyna Błażejewska z Żar, która jest także z CEDE od początku, podkreśla, że każdy kolejny rok przynosi coś nowego i tu na targach widać, że postęp w stomatologii jest zawrotny. Zwracają uwagę coraz lepsze lampy do utwardzania, zestawy do wybielania zębów, coraz lepsze wypełnienia, których już nie miesza się na płytce łopatką, ale są opakowane w kapsułkę. Zwiedzający są zgodni, że największy postęp jest w sprzęcie, zastrzegają jednocześnie, że targi nie są jedynym miejscem, gdzie można te nowinki obejrzeć, informacja jest dostępna w internecie, w katalogach. – Powszechny dostęp do fachowej literatury i doradców sprawił, że targi CEDE spowszedniały, choć uważam, że zachowały prestiż – tłumaczy Krystyna Błażejewska.

Zmieniają się i rozwijają

CEDE ewoluuje. Znaczącą zmianą było przeniesienie wystawy z Łodzi do Poznania, co poprawiło warunki, w jakich się odbywa. Jest więcej miejsca i przestrzeni, jest lepsze zaplecze sanitarne i gastronomiczne. Dzięki tym przenosinom dorocz-

ne Zjazdy Zespołów Stomatologicznych mogą być organizowane w tym samym obiekcie co targi. Zwiedzającym łatwo się przemieszczać z pawilonów do sal wykładowych. Jednak sale te nie pękają już w szwach, nie trzeba dostawiać krzeseł tak jak to było w przeszłości. Stomatolodzy, zwłaszcza starzy bywalcy wystawy twierdzą, że wiele tematów zjazdowych się powtarza, będąc więc na targach kilka lub kilkanaście razy, zdążyli je poznać i nie są nimi zainteresowani. Uważają, że zdecydowanie więcej do codziennej praktyki wnoszą prezentacje organizowane przy stoiskach. Andrzej Rupala, stomatolog z Żar, mówi, że te 15-minutowe prezentacje mają charakter poradnika i przewodnika, a co równie ważne – są powtarzane, dzięki czemu nie muszą kolidować z wykładami. Ale uczestnictwo w wykładach to punkty edukacyjne. Wykłady wybierają więc częściej młodzi stomatolodzy, dla których każdy temat jest interesujący, jeśli sprzyja zbieraniu punktów i podnoszeniu kwalifikacji. Interesuje ich też prawo w codziennej praktyce, chcą wiedzieć, jak należy się zabezpieczyć przed nadmiernie roszczeniowymi pacjentami, jak prowadzić praktykę, by uniknąć pułapek związanych z przepisami. Atrakcją wystawy była Arena CEDE – pawilon, w którym odbywały się prezentacje zabiegów prowadzonych na żywo. Na ekranach można było podglądać lekarzy wykonujących zabiegi stomatologiczne. Można było w najdrobniejszych szczegółach poznać nowe techniki leczenia i podpatrzeć, jakich czynności wymagają. Pokazy były również transmitowane do sal wykładowych. Prof. Stanisław Suliborski, kierownik naukowy Zjazdu Zespołów Stomatologicznych, zaznaczył, że CEDE to wielkie wydarzenie zawodowe, biznesowe i towarzyskie. W sytuacji ograniczeń wprowadzanych różnymi zakazami, rozporządzeniami uprawianie zawodu lekarza dentysty napotyka na wiele trudności. Zarówno wystawa, jak i towarzyszące

CEDE wprawdzie już nie wywołuje tak wielkich emocji jak na początku, **w branży stomatologicznej** wciąż się liczy, ma prestiż i swoich wiernych odbiorców.

Ankieta wykazała, że wymagania wobec targów, jak i tematy wykładów rosną, **a oczekiwania są zróżnicowane**. CEDE to impreza, która przede wszystkim edukuje, ale też integruje środowisko.

jej sesje tematyczne to najnowocześniejsza stomatologia, pozwalająca lepiej wykonywać ten zawód. Podczas gali CEDE profesor podkreślił znaczenie objęcia tej imprezy patronatem Naczelnej Rady Lekarskiej, wspominając przy tym swojego mistrza prof. Włodzimierza Józefowicza, propagatora idei tworzenia samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. Anna Lella, wiceprezes NRL – honorowy patron CEDE – dodała, że wprowadzie samorząd lekarski po raz pierwszy został poproszony, by patronować targom, zawsze uczestniczył w doborze tematów wykładów, sesji, szczególnie zasad prowadzenia praktyki czy zagadnień legislacyjnych. Przedstawiciele samorządu mają też swój głos w komisji decydującej o przyznawanych nagrodach Grand Prix CEDE. Polskie gabinety stomatologiczne są już wyposażone na wysokim, europejskim poziomie, ale targi to przede wszystkim nowości i należy się cieszyć, że impreza z bardziej handlowej przerodziła się w stricte wystawienniczą. Na początku, kiedy rynek nie miał za wiele do zaoferowania, stoiska przypominały bardziej sieć sklepów niż wystawę. Obecnie, tak jak podczas IDS w Kolonii, na CEDE się ogląda, dotyka, testuje i oczekuje fachowej informacji o produkcie. To podniosło prestiż tej imprezy.

Targi integrują środowisko

O tym, jak targi są postrzegane przez odwiedzających, mówi ankieta przeprowadzona na CEDE 2012. Na pytanie, skąd ankietowani czerpią wiedzę o tej imprezie, 31 proc. odpowiedziało, że z materiałów otrzymanych od organizatora pocztą, 23 proc. wertując internet, 21 proc. drogą e-mailową, 19 proc. z pism specjalistycznych, a 4 proc. od kolegów pocztą pantoflową. Na pytanie, jaka część imprezy cieszy się ich największym zainteresowaniem, 42 proc. ankietowanych wskazało na wystawę, 25 proc. na wykład, 25 proc. na spotkanie towarzyskie. 46 proc. poszukiwało

na targach nowości, a 32 proc. – oprócz obejrzenia wystawy, uczestnictwa w prezentacjach i wykładach – chciało zrobić zakupy. Na pytanie o ocenę imprezy – 88 proc. odpowiedziało, że spełniła ich oczekiwania, na pytanie o organizację targów – 38 proc. wystawiło im ocenę bardzo dobrą, 58 proc. dobrą, a 4 proc. negatywną. Co się kryje za tymi wynikami? Ankieta wykazała, że wymagania wobec targów, jak i tematyki wykładów rosną, a oczekiwania są zróżnicowane. – CEDE to impreza, która przede wszystkim edukuje, ale też integruje środowisko. Na co dzień trudno znaleźć czas, aby się spotkać z kolegami po fachu, nawet jeśli mieszka się w tym samym mieście – powiedziała Jadwiga Ciszewska-Bernacik ze Szczecina. Agnieszka Jaworowska, również ze Szczecina, dodała, że oferta jest bogata i każdy może znaleźć dla siebie coś interesującego. Z koleżanką Izabelą Partyką także ze Szczecina planują kupno unitu, jest więc okazja, aby się rozejrzeć, porównać oferty i ceny. W ubiegłym roku nastawiły się na wykłady, w tym roku skupiły się na wystawie. Ich zdaniem tegoroczne wykłady są bardziej skierowane do młodych stomatologów. Agnieszka Konieczko i Natalia Wójtowicz prowadzą swoje gabinety w Barlinku w woj. zachodniopomorskim i na rynku usług stomatologicznym są dopiero od kilku lat. Jest to mała miejscowość, gdzie przyjmuje 10 lekarzy dentystów. Mimo to, nie ma między nimi konkurencji, wszyscy się znają i wspierają. Na CEDE jeżdżą od kilku lat, zwykle na jeden dzień, aby rozeznac się w nowościach. Mówią, że urządzenie gabinetu mają już za sobą, teraz chodzi o to, aby być na bieżąco. – Pacjenci są coraz bardziej wyedukowani i zadają pytania, na które nie wypada stomatologowi nie znać odpowiedzi – tłumaczy Natalia Wójtowicz. Wielu lekarzy dentystów nie jeździ na żadne targi stomatologiczne. Uważają, że to strata czasu, bo wszystko jest w katalogach i internecie, ale są to wypowiedzi anonimowe. ■

Czy lubimy się szkolić?

Wzrasta aktywność okręgowych izb lekarskich w szkoleniach lekarzy i lekarzy dentystów.



Spotkanie szkoleniowo-integracyjne w Słoku k. Bełchatowa

Stomatologia funkcjonuje praktycznie w oparciu o samodzielne gabinety prywatne, tylko niewielu lekarzy dentystów pracuje w placówkach publicznych, m.in. stąd biorą się kłopoty z konsultacjami trudnych przypadków. Od pewnego czasu bardzo dużą popularnością cieszą się wszelkie formy kształcenia organizowane we współpracy z komisjami stomatologicznymi – uczestniczy w nich

coraz więcej lekarzy dentystów. Taka forma doskonalenia zawodowego sprzyja integracji środowiska, daje możliwość poszerzania wiedzy, jest też okazją do koleżeńskich spotkań, dyskusji oraz wymiany poglądów. Jak podkreśla prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, lekarze dentyści są najbardziej prężną grupą w prowadzeniu szkoleń. Ich organizatorzy otrzymują wsparcie finansowe z Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej.

Edukacja i wsparcie

Jesteśmy w przededniu kończącego się drugiego okresu rozliczeniowego zbierania punktów edukacyjnych. Aktywność wielu okręgowych izb i ODZ NIL jest niezwykle cenną pomocą w wypełnianiu tego obowiązku. Przykład stanowi Komisja Stomatologiczna Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, która już po raz trzeci zorganizowała Łódzkie Spotkania Stomatologiczne. W tym roku odbyły się one w Słoku k. Bełchatowa.

Jak pisze w słowie wstępnym informatora wiceprezes ORL w Łodzi, Lesław Jacek Pypeć, są to cykliczne spotkania szkoleniowo-in-

tegracyjne środowiska stomatologicznego. Zarówno ich nazwa, jak i miejsca, gdzie się odbywają, nie są przypadkowe. „Spotkania”, a nie „konferencja”, łączą sesje naukowo-szkoleniowe z wymianą myśli i poglądów oraz dzieleniem się doświadczeniami zawodowymi przez uczestników. Z kolei miejsca spotkań to tereny poszczególnych delegatur izby łódzkiej: tym razem był to Bełchatów; stąd strój sztygara, w którym powitał zebranych wiceprezes Pypeć, jako wyraz szacunku i uznania dla ziemi i ludzi tutaj pracujących.

Również prezes Okręgowej Izby Lekarskiej, Grzegorz Mazur, podkreślił, że miejsce spotkania to teren ciężkiej pracy górników wydobywających czarne złoto, a także symbol ciężkiej pracy lekarzy dentystów. Prezes NRL, Maciej Hamankiewicz, gratulował stomatologom zapału do organizowania takich szkoleń. Wiceprezes NRL, Anna Lella, potwierdzając zdanie prezesa Hamankiewicza, dodała, że warto promować takie spotkania edukacyjne, gdyż odbywają się w serdecznej atmosferze, łącząc naukę z możliwością dyskusji w sprawach dotyczących wykonywania zawodu lekarza dentyści.

Ważne tematy

Na uznanie zasługuje dobór tematów szkoleniowych oraz wykładowców, którzy przedstawiali sposoby zastosowania nowoczesnych technik i osiągnięć nauki w pracy lekarzy dentystów.

Wszyscy wykładowcy podkreślali konieczność wykazywania się empatią w kontaktach z pacjentem. Mimo dużego postępu w rozwoju technologii medycznych zawsze ważny jest człowiek, a nie przede wszystkim komputer. Podkreślali, że kiedy patrzy się w monitor czy lupę, należy widzieć pacjenta.

O tym, że spotkania edukacyjne cieszą się dużą popularnością wśród lekarzy dentystów, świadczy ciągle wzrastająca liczba ich uczestników. Słowa uznania należą się aktywnym członkom komisji stomatologicznych organizującym takie szkolenia na terenie poszczególnych OIL. ■

Mimo dużego
postępu w rozwoju
technologii
medycznych
zawsze ważny jest
człowiek, a nie przede
wszystkim komputer.

Do której izby? – do jednej!



Kiedy na ostatnim Krajowym Zjeździe Lekarzy występowali lekarze dentyści, a ich głos był wysłuchiwany przez wszystkich delegatów, z dumą odbierałam ten fakt, że nasz samorząd lekarzy i lekarzy dentystów to jeden organizm.

Poprzez zachowanie tej jedności jesteśmy mocniejsi, a uchwała podjęta przez delegatów całego Zjazdu, wszystko jedno, czy wnioskowana przez lekarza, czy lekarza dentyście – ma sens. Oczywiście przy takim podejściu jak moje, solidarne wspieranie samorządu zawodowego oraz powstrzymywanie się od działań i wypowiedzi, które mogą prowadzić do antagonizowania grupy zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów to rzecz ważna i chroniąca nasz wizerunek.

Z dnia na dzień napotykamy na coraz trudniejsze warunki wykonywania zawodu. Z problemami, na przykład w zakresie kontraktowania świadczeń, borykają się wszyscy w równym stopniu – zarówno lekarze, jak i lekarze dentyści. Powinniśmy więc wszyscy z głęboką refleksją zastanowić się nad tym, o co dziś naprawdę walczymy jako środowisko medyczne i w jaki sposób pożytkować cenną energię, która w nas drzemie. Z pewnością powinniśmy skupić się na tym, do czego apeluje Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej w swoich

stanowiskach i zająć się zagadnieniami, które poprawią warunki pracy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Jakiegokolwiek publiczne dyskusje o rzekomym braku solidarności dwóch zawodów lekarskich nie powinny nas interesować, bo to marnowanie energii.

Jestem jedną z tych sześciuset osób, które posiadają podwójne prawo wykonywania zawodu. Jestem lekarzem i jestem lekarzem dentyście. Izby lekarskie skupiają lekarzy wszystkich specjalności na równych prawach. Nie wyklucza to oczywiście prawa do podkreślania pewnych odmienności i specyfiki poszczególnych specjalności. Ważne jest przecież, aby nie wychodziły one poza ramy Kodeksu Etyki Lekarskiej, który mówi o solidarnym wspieraniu działalności swojego samorządu. Jako lekarz i lekarz dentyście mam jeden kodeks etyki opierający się na wartościach, które wszyscy szanujemy i kultywujemy.

Samorząd lekarski realizuje nasze wspólne cele, takie jak zapewnienie go-

dziwych i bezpiecznych warunków wykonywania zawodu każdemu członkowi izby lekarskiej, niezależnie od posiadanego tytułu zawodowego, specjalizacji czy formy wykonywania zawodu. Mając na uwadze, że najważniejsze atrybuty zawodów lekarza i lekarza dentystry są wspólne, uważam, że należy uszanować ponad dwudziestoletnie porozumienie naszych zawodów w samorządzie reaktywowanym na mocy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Wszelkie oceny, które poddają w wątpliwość dotychczasowy dorobek koegzystencji dwóch zawodów w izbach lekarskich, są niesprawiedliwe i nie mają dostatecznego oparcia w realiach funkcjonowania naszego samorządu. Zwyczajnie szkodzą nam wszystkim. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której przyszedłoby mi jako tej, która ma dyplom lekarza i ma dyplom lekarza dentystry, wybierać, do której izby mam należeć. A może dla nas – odmińców – należy powołać do życia kolejną? ■



Rafał Kubiak

Różnice między LEP/LDEP a LEK/LDEK

W 2013 r. po raz pierwszy zostaną przeprowadzone Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) oraz Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK), które zastąpią dotychczasowy Lekarski Egzamin Państwowy (LEP) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy (LDEP).

Organizacja i treść egzaminów została unormowana w art. 14a-14e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30.07.2012 r. w sprawie LEK i LDEK (Dz. U. poz. 903).

Merytorycznie LEK i LDEK odpowiadają dotychczasowym egzaminom. Zadania egzaminacyjne będą więc obejmować te same dziedziny, z których obszaru były dotąd układane pytania. Pokrywa się także liczba pytań z danej dziedziny. Test będzie składał się z 200 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Utrzymano próg zaliczający, który

wynosi nadal 56 proc. maksymalnej liczby punktów z testu. Ustawowo określono, że wynik LEK/LDEK nie stanowi decyzji administracyjnej. Oznacza to, że nie przysługuje od niego odwołanie na zasadach ujętych w „Kodeksie postępowania administracyjnego”.

Okoliczność, że test jest skonstruowany na identycznych zasadach jak dotychczas, jest związana z art. 5 ust. 5 ustawy. Według niego, świadectwo LEK/LDEK (i ujęty w nim wynik egzaminu) jest równoważne ze świadectwem LEP/LDEP. Oznacza to, że osoby posiadające świadectwa tych egzaminów będą traktowane jednakowo np. podczas postępowania do rozpoczęcia specjalizacji.

Omawiane przepisy wprowadzają kilka istotnych zmian dotyczących organizacji LEK/LDEK oraz praw i obowiązków osób składających te egzaminy. Nowe rozwiązania dotyczą:

1) kręgu podmiotów uprawnionych do składania LEK/LDEK

Oprócz absolwentów uczelni medycznych oraz lekarzy mających ograniczone albo pełne pwz, do egzaminów tych będą mogli przystępować studenci 6. roku kierunku lekarskiego i 5 roku kierunku lekarsko-dentystycznego. Należy jednak podkreślić, że możliwość tę będą mieli dopiero ci studenci, którzy rozpoczęli studia w obecnym roku akademickim.

2) warunków dopuszczenia do egzaminu

Przesłanką dopuszczenia do egzaminu będzie posiadanie zaświadczenia o stanie studiów (dotyczy studentów) albo też dyplomu lub zaświadczenia o ukończeniu studiów. Nie będzie więc konieczne legitymowanie się ograniczonym albo pełnym pwz.

3) procedury zgłoszeniowej

Dotąd zgłoszenie do egzaminu obejmowało wypełnienie wniosku elektronicznego oraz przedstawienie wymaganych dokumentów OIL, która decydowała o dopuszczeniu do LEP/LDEP. Według nowych przepisów zgłoszenie będzie następować wyłącznie elektronicznie, poprzez wypełnienie formularza znajdującego się na stronie internetowej CEM. Pewnej zmianie uległy terminy zgłoszeniowe. W przypadku bowiem LEK/LDEK organizowanych w lutym, rejestracji należy dokonać do dnia 30 listopada (a nie jak dotąd – do 30 grudnia). Po upływie tego terminu system zgłoszeniowy zostanie zamknięty, co uniemożliwi rejestrację i tym samym składanie egzaminu w lutym. W odniesieniu do wrześniowych LEK/LDEK, termin zgłoszeniowy pozostał niezmienny, tj. do dnia 30 czerwca.

Możliwość przystąpienia do egzaminu będzie ustalana przez dziekanów uczelni medycznych (w sytuacji studentów i absolwentów) oraz przez CEM (w przypadku lekarzy posiadających ograniczone albo pełne pwz). Osoba, która złoży wniosek zgłoszeniowy, będzie informowana przez CEM o terminie i miejscu egzaminu oraz numerze kodowym. Zawiadomienie to

Przesłanką dopuszczenia do egzaminu będzie posiadanie **zaświadczenia o stanie studiów albo też dyplomu lub zaświadczenia o ukończeniu studiów.**

Nie będzie więc konieczne legitymowanie się ograniczonym albo pełnym pwz.

będzie przekazane nie później niż 14 dni przed dniem LEK/LDEK. Nowością jest jego przesyłanie wyłącznie za pomocą środków komunikacji elektronicznej. CEM nie będzie więc kierowało korespondencji przesyłką pocztową (jak było to dotychczas).

4) zabezpieczenia rzetelności przeprowadzenia egzaminu

Wprowadzono kilka rozwiązań, których celem jest zapewnienie porządku podczas egzaminu oraz poprawności jego przeprowadzenia. W tym celu zabrania się zdającym korzystania z pomocy naukowych i dydaktycznych, a także posiadania urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji (np. telefonu komórkowego). Osoba, która naruszy ten zakaz, zostanie zdyskwalifikowana, co będzie równoznaczne z uzyskaniem przez nią wyniku negatywnego. Przebieg LEK/LDEK może być monitorowany. Uzyskany w tej drodze materiał będzie następnie przeglądany i gdy zostanie ujawnione już po egzaminie, że zdający naruszył wspomniane zakazy, również nastąpi jego dyskwalifikacja. O zdyskwalifikowaniu dyrektor CEM będzie zawiadamiał dziekana (w przypadku studentów) albo rzecznika odpowiedzialności zawodowej (w sytuacji lekarzy).

5) możliwości składania zastrzeżeń merytorycznych do zadań

Dotąd zastrzeżenia takie mogły być składane tylko podczas egzaminu (lub bezpośred-

nio po jego zakończeniu) na formularzu dostępnym w sali egzaminacyjnej. W nowym ujęciu będzie je można wnieść także w terminie późniejszym, w ciągu 3 dni od LEK/LDEK. W tym wypadku zastrzeżenia będą składane za pomocą elektronicznego formularza na stronie internetowej CEM wyłącznie przez osoby, które zdawały dany egzamin. Po upływie terminu do wniesienia zastrzeżeń będą one rozpatrywane przez komisję powoływaną przez dyrektora CEM. W przypadku uznania zastrzeżenia, komisja unieważni zadanie objęte zastrzeżeniem, co spowoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Komisja będzie musiała zakończyć swe prace w terminie 3 dni od ostatecznego terminu składania zastrzeżeń. W praktyce oznacza to, że wyniki egzaminu będą podawane najwcześniej po upływie ok. 7 dni od przeprowadzenia LEK/LDEK.

6) opłaty egzaminacyjnej

Opłatą tą będą objęte dwie grupy osób:

a) zdający, którzy zgłoszą się do LEK/LDEK po raz 4. i następny. Miarodajne dla obliczenia bezpłatnych terminów egzaminu będzie zgłoszenie się elektronicznie, a nie faktyczne przystąpienie do LEK/LDEK. Oznacza to, że jeśli osoba wypełni formularz zgłoszeniowy, a następnie zrezygnuje z udziału w egzaminie, wyczerpie jeden z jego „darmowych” terminów. Opłata wynosi 100 zł.

b) zdających LEK/LDEK w języku obcym. W tym wypadku wartość opłaty wynosi 340

zł i jest ona pobierana przy każdym zgłoszeniu się do egzaminu.

Opłatę należy wnieść przed dokonaniem zgłoszenia, na rachunek bankowy CEM, którego numer będzie podany na stronie internetowej CEM.

Możliwości unieważnienia egzaminu

Dotąd nie było takiego rozwiązania. Przesłanką unieważnienia LEK/LDEK będą rażące uchybienia dotyczące procedury ich przebiegu. Będzie mogło ono dotyczyć poszczególnych albo wszystkich zdających. Rozstrzygnięcia w tym zakresie będzie dokonywał dyrektor CEM po uzyskaniu zgody ministra zdrowia. Konsekwencją unieważnienia będzie potraktowanie egzaminu za niebyły. W takim wypadku zdający będą mogli przystąpić do LEK/LDEK w kolejnym terminie.

Omawiane unormowania zawierają więcej szczegółowych rozwiązań dotyczących np. Komisji Egzaminacyjnej oraz procedury weryfikacji osób zgłoszonych do egzaminu. Ponadto regulacja ta zostanie uzupełniona „Regulaminem porządkowym”. Pożądane jest zatem, by zainteresowane osoby zapoznały się z tymi przepisami. Są one dostępne na stronie internetowej CEM, na której będą zamieszczane również bieżące komunikaty dotyczące organizacji LEK/LDEK. ■

Autor jest zastępcą dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych.

Czy GMO szkodzi szczurom (i nam)?

19 września w piśmie „Food and Chemical Toxicology” ukazała się praca zespołu naukowców pod kierunkiem prof. Gilles’a-Erica Seraliniego z uniwersytetu w Caen we Francji. Publikacja ta dotyczy szkodliwości modyfikowanej genetycznie kukurydzy. Francuzi testowali toksyczność odmiany opatrzonej kryptonimem NK 603 produkowanej przez firmę Monsanto. Uprawia się ją na dużą skalę w Stanach Zjednoczonych, również w celu konsumpcji. W Europie na razie nie wolno prowadzić takich upraw, choć nie ma też zakazu sprowadzania odmiany NK 603 z zagranicy.

Zespół Seraliniego rozpoczął badania od wyhodowania na trzech poletkach (znajdujących się w USA) różnych odmian kukurydzy, następnie sprowadził nasiona do Francji i zaczął karmić nimi szczury. W eksperymencie wzięło udział łącznie 200 gryzoni. Badano je przez cały cykl życiowy szczura, który trwa ok. dwóch lat. Zwierzęta karmiono konwencjonalną lub zmodyfikowaną genetycznie kukurydzą, części podawano też do picia roztwór roundupu – herbicydu, który zwalcza niemal wszystkie rośliny poza tymi, które w wyniku genetycznej zmiany nabywają odporności na ów specyfik (należy do nich właśnie odmiana NK 603).

Rezultaty były zatrważające. Szczury pojęte roundupem, a także karmione zmodyfikowaną kukurydzą żyły krócej, a w ostatnim okresie życia dochodziło u nich do

rozwoju groźnych nowotworów. Niektóre ze zwierząt zaczynały chorować zdecydowanie wcześniej. Jak podaje Seralini, dwa pierwsze zgony wśród samców karmionych GMO odnotowano niemal rok wcześniej w porównaniu z kontrolą. Oba zwierzęta poddano eutanazji z powodu rozwoju gigantycznych guzów Wilmsa (złośliwy nowotwór nerki). Z kolei pierwszy zgon wśród samic karmionych zmodyfikowaną kukurydzą nastąpił 8 miesięcy wcześniej niż w grupie kontrolnej (jego przyczyną był rak gruczołu sutkowego). Konsekwencje pojęcia roundupem były podobne jak karmienia GMO. Co ciekawe, na działanie herbicydu wyraźnie wrażliwsze okazały się samice.

Praca zespołu Seraliniego wywołała burzę po obu stronach oceanu. Naukowiec zadbał zresztą o odpowiednią oprawę medialną. Przed opublikowaniem wyników zawiadomił o szczegółach niektórych dziennikarzy, lecz zabronił im stanowczo konsultowania się z innymi specjalistami. Proceder ten spotkał się z krytyką zarówno ze strony świata dziennikarskiego (prezentowane wiadomości były wiernym odbiciem poglądów wyłącznie autorów publikacji), jak i naukowego. Praca została co prawda wydana w recenzowanym czasopiśmie o wysokim Impact Factorze (3,08), ale jej wyniki eksperci przyjęli ze sporym niedowierzaniem.

Środowisko uczonych przeanalizowało dokładnie rezultaty Francuzów i wstępna

ocena tej analizy jest bardzo krytyczna. Doszło do tego, że powstała nawet specjalna petycja (w chwili, gdy piszę ten tekst nadal trwa zbieranie pod nią podpisów w internecie), w której liczni naukowcy domagają się przedstawienia pełnego protokołu eksperymentalnego. Chodzi bowiem o to, by te niewątpliwie istotne doświadczenia mogły być powtórzone przez innych badaczy. Ubolewają oni, iż prof. Seralini podał jedynie część danych, tłumacząc, że nie zmieszczą się one w jednym raporcie. Petycja została skierowana zarówno do głównego autora pracy, jak i redakcji „Food and Chemical Technology”.

Jakie są główne zarzuty ekspertów? Po pierwsze, Francuzi ich zdaniem źle dobrali linię szczurów, na której prowadzono badania. Była to linia Sprague-Dawley, znana z tego, że zwierzęta te bez podawania żadnych środków kancerogennych pod koniec drugiego roku życia i tak powszechnie zapadają na nowotwory. Naukowcy wskazują także, iż liczba zwierząt w poszczególnych próbach była zdecydowanie za niska, by z pracy wyciągać jakiegokolwiek wnioski.

4 października Europejski Urząd Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) wydał opinię, zgodnie z którą wyniki grupy Seraliniego mają zbyt niską wartość naukową, by brać je pod uwagę przy ocenie ryzyka spożycia kukurydzy NK 603. EFSA wezwała też Francuzów, by przedstawili wszystkie nieopublikowane dotąd szczegóły pracy. ■

Udany przeszczep macicy

Dwa pionierskie zabiegi polegające na przeszczepieniu macicy z matki do córki przeprowadzono 15 i 16 września w szwedzkim Göteborgu. Biorczyniami były dwie pacjentki, których personaliów nie ujawniono. Obie liczyły ponad 30 lat. Jednej z nich usunięto macicę z powodu choroby nowotworowej, druga urodziła się bez tego narządu. Dawczyniami w obu wypadkach

były matki pacjentek. Skorzystano z ich tkanki w celu zmniejszenia ryzyka odrzucenia przeszczepu. Operacje przeprowadzono po to, by biorczynie mogły spróbować w przyszłości urodzić dzieci, korzystając z in vitro. Mimo bliskiego pokrewieństwa biorczyń i dawczyń ryzyko odrzutu i tak istnieje, stąd konieczność przyjmowania leków immunosupresyjnych po zabiegu. Pierwsze próby in

vitro będzie można podjąć najwcześniej za rok. Jeśli kobiety szczęśliwie doczekają się potomstwa, przeszczepione macice zostaną usunięte, by nie obciążać niepotrzebnie pacjentek.

Obie operacje przeprowadził zespół pod kierunkiem prof. Matsa Brännströma. Do zabiegów przygotowywano się przez 13 lat. Brännström zainteresował się przeszczep-

pianiem macicy podczas pobytu w Australii pod koniec lat 90. Po powrocie do Göteborga zorganizował zespół badawczy i rozpoczął prace na zwierzętach. Pierwsze próby przeprowadzono na myszach, następnie na większych ssakach: świniach, owcach, wreszcie na najbliższych ludziom pawianach. Zaczęto od przeszczepów autogenicznych (usuwno i wszczepiano macicę temu samemu zwierzęciu). Potem sprawdzono, jak zwierzęta tolerują obecność narządu pochodzącego od innej samicy, wreszcie usiłowano doprowadzić do tego, by biorczyńie urodziły zdrowe dzieci. Wszystkie te próby zakończyły się powodzeniem. Nie udało się doprowadzić tylko do narodzin pawianiątek, nikt do tej pory nie opracował bowiem procedur zapłodnienia in vitro dla pawianów.

Przeszczepy macicy przeprowadzone obecnie w Szwecji nie są pierwszą tego typu próbą na świecie. U ludzi po raz pierwszy zdecydowano się na podobny zabieg już

w latach 30. XX wieku. Biorkczynią była Dunka Lili Elbe, operację przeprowadzono w Dreźnie. Pacjentka zmarła wkrótce po niej z powodu odrzucenia przeszczepu.

Do koncepcji przeszczepiania macicy powrócono po opracowaniu procedury in vitro u ludzi. W 2000 r. w Arabii Saudyjskiej 26-letniej pacjentce wszczepiono organ pobrany od 46-letniej zmarłej kobiety. Przeszczepiona macica funkcjonowała przez 99 dni. Potem niestety trzeba było ją usunąć z powodu groźnych dla życia zakrzepów. Znacznie więcej szczęścia miała 21-letnia Turczynka Derya Sert, której 11 lat później

przeszczepiono macicę od kobiety, która zginęła w wypadku samochodowym. Zabieg przeprowadził zespół pod kierunkiem dr Ömera Özkana w uniwersyteckim szpitalu w Antalyi. Macica funkcjonuje do dziś, tureccy lekarze bronią się jednak przed uznaniem zabiegu za pełny sukces. – Tak będzie, jeśli Derya urodzi dziecko – twierdzi dr Ömer Özkan.

Lekarze oceniają, że w samej Szwecji żyje ok. 3000 kobiet, które nie mogą posiadać dziecka z powodu braku macicy lub choroby tego narządu, wobec której medycyna pozostawała dotąd bezradna. ■

Zapraszamy do współpracy osoby, które uczestniczą w ciekawym badaniu albo projekcie naukowym.

Chętnie napiszemy o rzeczach ważnych, które właśnie się dzieją.

Czekamy na e-maile pod adresem: nauka@gazetalekarska.pl.

Jesień pod znakiem punktów edukacyjnych

5 listopada br. jest terminem, do którego można zbierać punkty edukacyjne drugiego okresu rozliczeniowego. Do izb lekarskich zgłaszają się już pierwsi lekarze i lekarze dentyści chcący się rozliczyć.

Ustawiczny obowiązek kształcenia sformalizowano osiem lat temu – rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Aktywność ta mierzona jest punktami edukacyjnymi zdobytymi w poszczególnych, czteroletnich okresach rozliczeniowych. W każdym z takich okresów lekarz, aby dopełnić obowiązku doskonalenia zawodowego, musi zdobyć minimum 200 punktów edukacyjnych (dotyczy lekarzy i lekarzy dentyistów aktywnych zawodowo, którzy w momencie rozpoczęcia danego okresu posiadali już prawo wykonywania zawodu, pozostałym taki okres liczony jest od momentu uzyskania prawa wykonywania zawodu). Ewidencję przebiegu doskonalenia zawodowego lekarz musi prowadzić samodzielnie (wzór w okręgowej izbie lekarskiej), a poszczególne zdarzenia edukacyjne muszą być poświadczone zaświadczeniami. Punkty uzyskane w danym okresie rozliczeniowym nie przechodzą na okres następny.

Czas na rozliczenia

5 listopada br. to data, po której niemożliwe będzie dalsze zbieranie punktów edukacyjnych zaliczanych do II okresu rozliczeniowego (następnego dnia rozpoczyna się III okres rozliczeniowy). Okazuje się, że w poszczególnych izbach pojawiają się już pierwsze osoby chętne do rozliczenia się. Tak jest na przykład w OIL w Opolu, Tarnowie, Koszalinie i Szczecinie. W Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej rozliczyło się już ponad 70 osób, ale 13 zdobyło 200 punktów. Podobnie sytuacja wygląda w Łodzi. Z kolei w OIL w Gdańsku rozliczyły się 83 osoby (63 uzyskały 200 punktów). Jak pokazuje raport „Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów” zrealizowany przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL pod przewodnictwem Romualda Krajewskiego we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii PAN*, lekarze mają mieszane uczucia co do oceny systemu punktów

edukacyjnych. Ponad 40 proc. ankietowanych jest zdania, że powinien lub raczej powinien być on zlikwidowany, jednocześnie ponad 38 proc. jest odmiennego zdania. Prawie połowa lekarzy uważa, że nie jest to dobry miernik ustawicznej aktywności zawodowej, ale aż 17 proc. nie ma zdania w tej sprawie. Jeśli chodzi o I okres rozliczeniowy, to lekarze niezbyt chętnie podchodzili do wypełniania tego obowiązku**, co wynika z danych, które napływają do „Gazety Lekarskiej” z okręgowych izb lekarskich. W momencie zamknięcia tego numeru udało nam się pozyskać informacje od kilkunastu izb. Wynika z nich, że na koniec września br. z I okresu rozliczyło się 8-40 proc. lekarzy w zależności od izby, ale nie zawsze udało im się przejść pozytywnie weryfikację, czyli zdobyć min. 200 „dobrych” punktów. Niezbyt aktywni w kwestii dopełnienia tego obowiązku są lekarze z OIL w Szczecinie – rozliczyło się zaledwie 452 lekarzy (8 proc.), a z tego 378 uzyskało wymaganą liczbę punktów. W Lubelskiej Izbie Lekarskiej poddało się procedurze rozliczenia ok. 11 proc. lekarzy (1042 osoby), ale 588 osób dopełniło obowiązku doskonalenia

zawodowego. W OIL w Łodzi – 1585 lekarzy (ok. 14 proc.) się rozliczyło, z czego jednak prawie 180 osób nie zdobyło wymaganej liczby punktów. Białostocka Izba Lekarska poinformowała, że rozliczyło się 1046 lekarzy czynnie wykonujących zawód (ok. 18 proc.) i wszyscy uzyskali min. 200 punktów. Podobnie sytuacja wygląda w Wojskowej Izbie Lekarskiej – tam rozliczyło się 670 lekarzy (17 proc.), jednak 70 z nich nie udało się zdobyć 200 punktów. W wielu izbach jest jednak lepiej. Na przykład w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej rozliczyło się 2692 osób (21 proc.), ale 1957 osób uzyskało min. 200 punktów, w Gdańsku – 2672 lekarzy (27 proc., ale 25 proc. miało 200 punktów). W OIL w Koszalinie prawie 30 proc. lekarzy rozliczyło się, ale ok. 24 proc. zdobyło min. 200 punktów. W OIL w Opolu rozliczyło się ok. 32 proc. i wszyscy uzyskali wymaganą liczbę punktów. Za to w Tarnowie prawie 40 proc. lekarzy czynnie wykonujących zawód dopełniło obowiązku doskonalenia zawodowego (633 lekarzy rozliczyło się, ale 562 miało co najmniej 200 punktów). Jeszcze lepiej sytuacja wygląda w Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej***.

Już dziś blisko dwa tysiące lekarzy i lekarzy dentyistów, zatrudnionych na terenie całego województwa mazowieckiego zarejestrowało się w projekcie kształceniowym „E-learning w służbie lekarzom” - www.kursy-elearning.pl, by móc wziąć udział w multimedialnych programach edukacyjnych i uzyskać wymagane ustawowo punkty edukacyjne.

Ale dostęp do programów mogą mieć również lekarze z całego kraju. Już od 1 października 2012 do końca czerwca 2013 MedManager - www.medmanager.com.pl - przeprowadzi ogólnopolskie badanie sondażowe w sprawie wykorzystania technik kształcenia na odległość w doskonaleniu zawodowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Druki ankiety wraz z instrukcją proszę pobierać ze strony MedManagera.

Osoby, które wezmą udział w badaniu uzyskają do 31 grudnia 2013 roku nieodpłatny dostęp do programów edukacyjnych emitowanych na Medycznej Platformie Edukacyjnej. Uzyskają w ten sposób prawo do zdobycia punktów edukacyjnych. Liczba uczestników badania jest ograniczona. Serdecznie zapraszamy.--

Marek Stankiewicz
koordynator ds. promocji
www.kursy-elearning.pl
tel.+48-531-696-617

W krajach Unii Europejskiej system punktów edukacyjnych jest powszechnie stosowany, z wyjątkiem krajów skandynawskich. Jest on uznawany za najbardziej praktyczną i uniwersalną miarę aktywności lekarzy i lekarzy dentyistów (i innych zawodów) w zakresie doskonalenia zawodowego. W większości krajów jest on – podobnie jak w Polsce – powszechny i obowiązujący, ale niedopełnienie formalności związanych z rejestracją punktów nie wiąże się z karami. W dyskusjach dotyczących systemu doskonalenia zawodowego podkreśla się, że z punktu widzenia efektów edukacyjnych zdobywanie punktów edukacyjnych jest mało skuteczne, ale jednocześnie konieczne jest funkcjonowanie jakiegoś systemu, który umożliwi potwierdzenie aktywności lekarza w tym zakresie. Uzyskanie wymaganej liczby punktów jest potwierdzeniem takiej aktywności, choć oczywiście niekoniecznie musi przekładać się na pożądane zmiany codziennej praktyki. Bardzo ważnym argumentem za stosowaniem systemu punktów jest jego uniwersalność. Prawie wszystkie stosujące go kraje mają taką samą wartość punktu, istnieją przyznawane przez UEMS punkty europejskie i na podstawie umów z USA i Kanadą są one uznawane za równoważne z punktami (AMA credits) w tych krajach. Dlatego punkty edukacyjne są też coraz częściej wykorzystywane w sytuacjach, w których ocenia się kompetencje lekarza, na przykład w różnych konkursach. System punktów edukacyjnych może być udoskonalany, ale już sprawdza się w praktyce i na pewno będzie się stopniowo rozwijał, nie poprzez administracyjne nakazy, ale poprzez pozytywne stosowanie go w praktyce, jako prosty i uniwersalny wskaźnik rozwoju zawodowego.

Romuald Krajewski, przewodniczący Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL

Liczby a rzeczywistość

Statystyka to jednak nie wszystko. Fakt, iż lekarze niechętni są rozliczaniu się nie oznacza, że nie zbierają punktów wcale. W sondażu przeprowadzonym wśród lekarzy przez portal www.konsylium24.pl**** zapytano lekarzy i lekarzy dentyistów, czy zbierają obowiązkowe punkty edukacyjne. Okazuje się, że ponad połowa ankietowanych (57 proc.) stwierdziła, że zbiera punkty, ale nie zwraca uwagi, ile ich już zdobyła, ale jedynie 9 proc. pilnuje, aby na czas pozyskać wymagane 200 punktów. Statystyka nie do końca więc odzwierciedla stan faktyczny. – Bardzo wielu lekarzy uczestniczy w szkoleniach i intensywnie się doksztalca, widząc w tym głęboki sens – ja do nich należę – uważa Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Okazuje się po prostu, że nie wszyscy, którzy zbierają punkty, później się z nich rozliczają. Prezes NRL zwraca uwagę, że potrzebne są zmiany w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu MZ, tak aby dopełnienie doskonalenia zawodowego było łatwiejsze do zrealizowania. – Tegoroczny Krajowy Zjazd Lekarzy stwierdził, że w dziedzinie doskonalenia zawodowego należy znieść limity punktów edukacyjnych uzyskiwanych za aktywność w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego. W rozporządzeniu należałoby też zliberalizować zdobywanie punktów w poszczególnych kategoriach według uznania lekarza. Jeden woli zdobywać więcej punktów na kongresach, drugi pisać artykuły, trzeci – rozwiązując testy w formie e-learningu. To powinno być zmienione tak, aby każdy mógł zdobywać punkty za formę kształcenia, która mu najbardziej odpowiada – ocenia prezes NRL. Zaznacza także, że powinno się stworzyć możliwości zbierania i zliczania punktów w systemie maksymalnie z informatyzowanym, a także usuwać bariery kształceniowe w podmiotach leczniczych – czyli zapewnić wszystkim lekarzom i lekarzom dentyistom, niezależnie od formy organizacyjnej w jakiej wykonują zawód, czas na udział w doskonaleniu zawodowym wynagradzany jak za pracę. Zdaniem Macieja Hamankiewicza należałoby także wszelkie wydatki związane z doskonaleniem zawodowym uznać za koszty uzyskania przychodu.

Kar nie będzie, ale...

Warto przy tej okazji przypomnieć, że obecnie za niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego, czyli uzyskania min. 200 punktów w danym okresie rozliczeniowym, aktualnie nie są przewidziane żadne konsekwencje. Fakt ten jest jednak odnotowywany w okręgowym rejestrze lekarzy. Ponadto uchwała NRL (z 17 grudnia 2004 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów) określa, że każdy lekarz i lekarz dentyista, który przystępuje do konkursu na stanowisko kierownika lub inne stanowisko w zakładzie opieki zdrowotnej musi przedstawić dokument „Prawa wykonywania zawodu” zawierający wpis o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z liczbą uzyskanych punktów edukacyjnych. To samo dotyczy lekarzy, którzy występują o zatrudnienie jako nauczyciel akademicki, chcą uzyskać środki finansowe na kształcenie podyplomowe lub pracę naukową, chcą zmiany warunków zatrudnienia lub zawrzeć umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych. – Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego leży w interesie zawodowym lekarza, gdyż podnoszenie kwalifikacji zawodowych jest niezbędnym warunkiem rozwoju zawodowego oraz znaczącym elementem konkurencyjności na rynku pracy – przekonuje ponadto Agnieszka Gołąbek, rzecznik prasowy ministra zdrowia.

Punktopedia

Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego może odbywać się na różne sposoby. Wlicza się w to np. realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności lub udział w kursie medycznym (nieobjęty programem odbywanej specjalizacji czy nabywanej umiejętności), w tym również realizowanym przez internet. Punkty można zdobywać również m.in. poprzez udział w kongresach, zjazdach czy konferencjach naukowych, a także za przynależność lub udział w posiedzeniach „kolegiów specjalistów” i „lekarskich towarzystw naukowych”. Punkty daje też m.in. prowadzenie szkolenia lekarzy stażystów. Pełną gamę możliwości w tym zakresie można znaleźć w załączniku nr 3 rozporządzenia MZ z 6 października 2004 r. Jak się oka-

zuje, aż 71,7 proc. lekarzy i lekarzy dentyistów uważa, że najbardziej przydatną formą doskonalenia zawodowego są szkolenia warsztatowe organizowane w małych grupach. Nieco ponad połowa (51,3 proc.) uważa, że cenne jest czytanie publikacji naukowych, a dla ponad 44 proc. wartościowe są zjazdy i konferencje naukowe. Dla ponad 20 proc. wartościowe są programy edukacyjne udostępniane w internecie*. Warto przy tym zwrócić uwagę, żeby szkolić się w podmiotach akredytowanych przez okręgowe izby lekarskie lub Naczelną Izbę Lekarską (jeśli zdarzenia edukacyjne organizowane są w co najmniej trzech województwach), bo tylko w takich podmiotach punkty będą uznawane (klauzula ta nie dotyczy podmiotów uprawnionych do prowadzenia doskonalenia zawodowego na podstawie odrębnych przepisów). Szkolenia organizują także samodzielnie – Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz ośrodki okręgowych izb lekarskich. Jak pokazuje raport OSAiZ NIL i Instytutu Filozofii i Socjologii PAN*, lekarze uważają, że najbardziej przydatne są zdarzenia edukacyjne prowadzone przez towarzystwa naukowe, uczelnie medyczne i samorząd lekarzy. ■

* Dane: Ogólnopolskie badanie opinii lekarzy i lekarzy dentyistów „Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów” zrealizowane przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji NIL pod przewodnictwem Romualda Krajewskiego we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii PAN w okresie listopad 2011 – luty 2012.

** Pierwszy okres rozliczeniowy liczony jest od 6 listopada 2004 r. do 5 listopada 2008 r., z tym że wyjątkowo wliczane są również zdarzenia edukacyjne jeszcze z okresu przed wprowadzeniem rozporządzenia MZ (Do I okresu rozliczeniowego zalicza się punkty edukacyjne uzyskane po wejściu w życie ustawy o zawodzie lekarza tj. po dniu 27 września 1997 r. – stanowisko NRL z 19 września 2008 r. w sprawie sposobu zaliczania punktów edukacyjnych uzyskanych przed 6 listopada 2004 r.).

*** Zawsze, gdy mowa o lekarzu, jest uwzględniany także lekarz dentyista. Dane o osobach, które się rozliczyły oraz te, które zdobyły min. 200 punktów pochodzą z okręgowych izb lekarskich, stan na koniec września 2012 r. Porównaliśmy je do ogólnej liczby lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód w poszczególnych izbach (dane NIL, stan na koniec września 2012 r.). Trzeba wziąć pod uwagę, że od liczby lekarzy aktywnych zawodowo trzeba odliczyć lekarzy, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu po 6 listopada 2004 r., gdyż im okres rozliczeniowy liczony jest odrębnie.

**** Sondaż został przeprowadzony 14 września br. wśród losowej próby 506 lekarzy, użytkowników portalu Konsylium24.pl

Consensus praecox

Relacje: towary – ludzie

Kiedyś wystarczającym potwierdzeniem uzyskania zgody chorego był podpis pod lakoniczną formułą z pierwszej strony historii choroby: „Wyrażam zgodę na proponowane leczenie i oświadczam, że z tego tytułu nie będę rościł pretensji”. Tego rodzaju „zgoda blankietowa” nie ma jakiegokolwiek znaczenia prawnego i z uwagi na wzrost świadomości obywateli wymagała dookreślenia.

Szpitala zaczęły konsekwentnie wprowadzać w życie obowiązujące przepisy, co wtórnie wymusiło zmiany w dotychczas asymetrycznych prawach oraz wzajemnych relacjach lekarzy i pacjentów. Litera prawa miała zamienić przedmiotowość pacjentów w podmiotowość, a paternalizm narzucany przez lekarzy miał być zastąpiony pełną autonomią pacjenta rozumianą jako zdolność dokonywania samodzielnych i odpowiedzialnych wyborów we wszystkich sprawach dotyczących własnego zdrowia. Czy osiągnięto stan prawny zadawalający potencjalnych pacjentów? Czy w dobie zakładanego „urynkowania usług” zdrowotnych nadal nie dochodzi do naruszenia pełnej autonomii pacjenta?

Relacje, towary, ludzie

Lekarze dostrzegają, że zmiany strukturalne i organizacyjne w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej nie sprzyjają niczym nieograniczonej podmiotowości pacjentów. Wprowadzone nowe przepisy spowodowały szczególnie ważną sferę życia – indywidualne zdrowie obywateli – do reguł obowiązujących przy świadczeniu usług, z czym, teoretycznie i na poziomie społeczeństwa, można się zgodzić, ale będąc w roli pacjenta, nie można akceptować bezpośrednich i dotkliwych skutków transformacji opieki medycznej.

W takich „przedsięwzięciach biznesowych”, jak przychodnia czy szpital, gdzie zdrowie jest towarem na sprzedaż i udziela się świadczeń zdrowotnych – chory to pesel wraz z punktami za rodzaj wizyty u lekarza lub pesel w połączeniu z cyfrą określonej procedury. Sprawozdaw-

czość jest podporządkowana księgowości, księgowość biurokracji zabierającej lekarzom czas, który powinien być poświęcony pacjentowi. Chory nadal, i mimo wszystko, oczekuje od lekarza indywidualnego podejścia, specjalnego traktowania, empatii. Jak podkreślał prof. Andrzej Szczekliki: „bezpośredni kontakt pozostaje jedną z najistotniejszych rzeczy. Wtedy dopiero rodzi się zaufanie między lekarzem a chorym, bez którego nie ma właściwej medycyny”.

Rezultatem wzajemnego zaufania jest zawarcie umowy wspólnego przedsięwzięcia pacjenta i lekarza, jakim jest proces leczenia. Potwierdzeniem współuczestnictwa pacjenta jest wyrażenie zgody na wszelkie czynności lekarskie; badanie podmiotowe i przedmiotowe, zwykłą ordynację leków, co w praktyce sprowadza się do polecenia zażywania leku bez informowania o możliwych skutkach ubocznych, a także szeroko rozumiane postępowanie diagnostyczne i hospitalizację. Lekarz, już podczas zbierania wywiadu chorobowego, naraża się na zarzut wkraczania w sferę „wrażliwą” i naruszania ustawy o ochronie danych osobowych.

Gdy pacjent udziela informacji, godzi się na przyjmowanie leków, to zakłada się, że uzyskano zgodę domniemaną, konkludentną, gdyż w konkluzji chory stosuje się do poleceń i zaleceń lekarskich. Zgoda jest swego rodzaju kontraktem pomiędzy deklaracją lekarskiej sumienności i spełnienia wymagań współczesnej wiedzy, a ich akceptacją oraz przyjęciem do wiadomości nieoczekiwanych zdarzeń niepomysłnych, których możliwość wystąpienia pacjent akceptuje i przejmuje na siebie.

Zgoda pacjenta

Postępowanie lekarskie winno być poprzedzone przystępną i zgodną ze standardami informacją, a lekarz powinien przekonywać, a nie przekonać, gdyż nie jest agitator i winien pozostawić choremu możliwość podjęcia decyzji, chociaż niektórzy uważają, że brak zgody na konieczne postępowanie lecznicze jest winą lekarza, który nie potrafił dotrzeć werbalnie do pacjenta. Wysłuchanie informacji jest poniekąd prawem, ale i obowiązkiem pacjenta, natomiast obowiązek lekarza nie ogranicza się do opowiedzenia, co pacjent chce usłyszeć, ale musi zawierać informacje, które chory powinien przyjąć do wiadomości przed leczeniem.

Z punktu widzenia prawa – brak sprzeciwu to nie to samo, co uzyskanie zgody. Zgoda chorego na leczenie ma być swobodna, świadoma, bo uświadomiona, objaśniona, poinformowana, jeżeli pacjent nie rezygnuje z prawa do informacji o stanie swojego zdrowia i rokowaniu, nie może być wadliwa pod względem prawnym. Według prof. Filara nie ma „zgody częściowo prawidłowej”: „zgoda jest albo prawidłowa, tj. posiadająca formę i treść odpowiadającą wymaganiom prawa w danym przypadku, albo gdy nie spełnia ona tych kryteriów, jako skuteczna prawnie okoliczność nie istnieje”. Zagadnienie zgody chorego na proponowane leczenie doczekało się na gruncie naukowych publikacji prawniczych wielu opracowań¹ i w tym zakresie na straży autonomii pacjenta stoi kodeks karny.

Na metody leczenia lub diagnostyki, stwarzające podwyższone ryzyko, wymagana jest forma pisemna zgody. Jednocześnie teoretycy prawa zaznaczają, że „nie ma i nie może być ustawowej

definicji metody postępowania o podwyższonym ryzyku”, a ustawy nie zawierają definicji czynności medycznej podwyższonego ryzyka ani katalogu takich czynności (ostatnio pojawił się projekt rozporządzenia MZ odnośnie zabiegów stosowanych w leczeniu psychiatrycznym, co należy traktować jako początki definiowania zabiegów o podwyższonym ryzyku).

Wymóg pisemnej zgody chorego na zabieg przybrał formę obszernej informacji o rozpoznaniu, proponowanym leczeniu, rodzajach znieczulenia, możliwości wystąpienia wszystkich powikłań, przypominając skrócony kurs laparoskopii i chirurgii operacyjnej, co jednak nie rozwiewa wszystkich wątpliwości docieklwego pacjenta, któremu lekarz nie jest w stanie poświęcić swojego czasu. Uzyskanie podpisu w historii choroby jest traktowane jako uciążliwa formalność, której nie można uniknąć.

Niezbędna jest forma uzyskania zgody, ale zbędna jest formalizacja i dążenie do przekazania pełnej informacji, gdyż jest to niemożliwe. Dokładna informacja ma niewielką, nikłą wartość edukacyjną, gdyż większość chorych nie wie, co lekarz do nich mówi. Skrajnością jest dążenie do totalnego legalizmu, czyli prawnego unormowania wszelkich działań przy udzielaniu usług zdrowotnych.

W sferze rozważań akademickich leży wymóg uzyskania osobnej zgody na konkretny rodzaj znieczulenia poprzedzający leczenie operacyjne (transakcja barterowa), a więc dobrowolność aktu woli pacjenta jest ograniczona do spectrum oferowanych procedur anestezjologicznych w danym ośrodku, gdyż „pacjent chce być operowany, a nie znieczulany”. Niektóre szpitale wytworzyły kilkustronicowe broszury, licząc, że uchroni to lekarzy oraz szpital przed roszczeniami pacjentów i ich rodzin z tytułu niepożądanych zdarzeń medycznych. Nic bardziej mylnego, gdyż sprowadzenie zgody chorego do wymiaru czysto formalnego, przy braku więzi zaufania pomiędzy lekarzem, a pacjentem, nie uchroni od pretensji w wymiarze materialnym.

Art. 12 „Kodeksu etyki lekarskiej” stwierdza, że „Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza”, chociaż nie ma to odzwierciedlenia w aktach normatywnych.

Dylematy i rozważania

Czy zgodę pacjenta na zabieg o podwyższonym stopniu ryzyka można uznać za świadomą, więc prawnie skuteczną, mimo że chory wyraża zgodę,

nie wiedząc, kto będzie go operował albo czy zatajenie tej informacji nie jest bezprawne, bo pacjent podpisuje zgodę „blankietową”? Przy stwarzaniu pozorów pełnej podmiotowości chorego podsuwa się do podpisania zgodę na operację bez określenia osoby lekarza, który zabieg będzie przeprowadzał, co pomimo osiągnięć w respektowaniu praw dowodzi, że pod tym względem pacjenci są nadal traktowani przedmiotowo. Taka taktyka stosowana powszechnie niejako wymusza wyrażenie zgody pochoptnej – consensus praecox. W świetle obowiązującego prawa, zgoda dotyczy samej czynności diagnostycznej bądź leczniczej i nie jest zwrócona do określonego lekarza.

Ostatnio jest dostrzegana konieczność personalizacji zgody pacjenta¹.

Przykładowe zgody na zabieg operacyjny zawierają nazwisko lekarza udzielającego pacjentowi informacji, chociaż w praktyce jest to rejestratorka izby przyjęć. Pozostaje kwestia prawnego unormowania zasad odbierania zgody na zabieg, czyli ustalenia, czy zgodę odbiera uprawniony podmiot lub używając języka „rynkowego”: na czyje ręce klient składa zamówienie na usługę leczniczą. Przyjmując zasadę domniemania istniejącej więzi zaufania pomiędzy lekarzem a pacjentem, nie do przyjęcia jest fakt, że kto inny przyjmuje zgodę, a kto inny realizuje zamówienie, wykonując zabieg operacyjny.

Z definicji zabiegów o podwyższonym ryzyku, możliwość wystąpienia powikłań zależy co najmniej od trzech czynników: od pacjenta i jego tzw. dodatkowych obciążeń zdrowotnych, od rodzaju interwencji i od doświadczenia lekarza przeprowadzającego zabieg. Skomplikowane procedury medyczne w wykonaniu wysokiej klasy specjalistów z wieloletnim doświadczeniem są zabiegami prawie rutynowymi, a ponieważ jakość wykonania zależy od cech subiektywnych operatorów, można je traktować jako dzieła autorskie.

Pacjentowi w państwowych szpitalach, tj. finansowanych ze środków publicznych, nie przyznaje się prawa wyboru lekarza, co jest zaszczytą z czasów, gdy wmawiało się, że leczy szpital lub przychodnia, a nie lekarze. Anonimowość lekarzy była także akceptowana na oddziałach zabiegowych, gdzie pokutują niepisane i niewzruszone od lat reguły „kolejności dziobania”, a personalny rozpis zabiegów operacyjnych był niedostępny dla pacjentów z uwagi na panujące układy feudalne, pozostając jednym z instrumentów władzy ordynatorskiej.

W większości przepisów prawa funkcjonuje pojęcie „lekarz”, bez rozgraniczenia, czy jest to specjalista, czy też lekarz bez specjalizacji. Dla

prawników nie ma to większego znaczenia, ale uwzględniając pragmatykę zawodu, różnica pomiędzy tymi określeniami sprowadza się nie tylko do zasobu wiedzy fachowej, ale przede wszystkim do zakresu kompetencji. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu, ale przed uzyskaniem specjalizacji, dość wcześnie wykonuje pod okiem przełożonego wszelkie rękoćzyny, także najbardziej skomplikowane operacje, ale tylko specjalista ma uprawnienia do kwalifikowania do operacji, uwzględniając przeciwwskazania, przedstawiania chorym propozycji leczenia zabiegowego i oceny stopnia ryzyka wystąpienia powikłań oraz przyjmowanie zgody chorego na operację.

Podsumowanie

Uwzględnienie powyższych sugestii może umocnić faktyczną, a nie deklaracyjną autonomię pacjenta w wyborze lekarza. Zagadnienia prawne łączą się pośrednio z regułami tzw. rynku usług zdrowotnych i pakietem ustaw, a reforma opieki zdrowotnej miała sprzyjać poprawie jakości i dostępności świadczeń medycznych. Ulegając logice rynku: lepszy lekarz – więcej operuje – ma więcej pracy = więcej zarabia, a szpital otrzymuje więcej środków z NFZ. Działalność lecznicza jest działalnością zarobkową, gdyż jej celem jest wypracowanie zysku.

Aktualnym problemem są nowe formy zatrudnienia lekarzy: praca zmianowa, w systemie równoważnym, na podstawie umów cywilnoprawnych. Pacjenci coraz częściej skarżą się, że w trakcie leczenia szpitalnego gubią poczucie odrębności i bezpieczeństwa, czując się jak „przedmiot na taśmie produkcyjnej” w kontakcie z kolejnymi lekarzami: kierującym do szpitala, przyjmującym na izbie przyjęć, leczącym, operującym, wręczającym wypis z dalszymi zaleceniami.

Pracodawcy, uwzględniając rachunek ekonomiczny, preferują kontraktowe zatrudnienie lekarzy i na ogół nie przywiązują wagi do stabilności specjalistycznej kadry szpitala, bowiem w finansowych rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia zarówno pacjent, jak i lekarz są bezimienni. Mechanizmy rynkowe w sferze zdrowia są zawodne i naruszają autonomię pacjenta oraz autonomię lekarza (w zakresie samodzielnych decyzji w wykonywaniu zawodu) – na co, zbyt pochoptnie, wyrażamy milczącą zgodę. ■

¹W swoim artykule korzystałem *largam manu* z publikacji prof. Teresy Dukiet-Nagórskiej „Autonomia pacjenta a polskie prawo karne”, Wolters Kluwer Warszawa (2008).

Nasi w Gruzji



Tbilisi tonie w remontach i na każdym kroku widać postęp prac. Odnowa dokonuje się również w gruzińskiej ochronie zdrowia – tutejsze szpitale w większości sprywatyzowano.

Każdy obywatel wie, że musi płacić za swoje zdrowie. Dla Gruzinów Polacy to przyjaciele, śp. prezydent Lech Kaczyński jest tutaj bohaterem narodowym. I – gdyby przyszła wojna – wszyscy powtarzają: będziemy potrzebowali pomocy polskich lekarzy.

W 2008 r. w wojnie o Osetię Południową i Abchazję, kiedy po stronie separatystów stała Rosja, Gruzja otrzymała polską pomoc. Z naszego kraju wyjechała wówczas m.in. Misja Medyczna Związku Kawalerów Maltańskich prowadzona przez ks. prłata Henryka Błaszyka. O tej misji po przeczytaniu w październikowym numerze tego roku informacji o zawarciu umowy o współpracy pomiędzy Naczelną Izbą Lekarską i Gruzinijskim Stowarzyszeniem Lekarzy Specjalistów napisał do redakcji „Gazety Lekarskiej” dr Robert Witaszka. Umowę podpisano uroczystie we wrześniu br. podczas ceremonii otwarcia Międzynarodowej Kaukasko-Polonijnej Konferencji Medycznej, przygotowanej merytorycznie przez prezesa Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych – prof. Marka Rudnickiego, a organizacyjnie przez prezesa Związku Polonii Medycznej w Gruzji – Tatianę Kurczewską i podpisującego umowę George’a Chaskhawę – prezesa GSLS.

W umowie jest mowa m.in. o wymianie doświadczeń pomiędzy lekarzami Polski i Gruzji.

I o tej wymianie delegacja Naczelnej Izby Lekarskiej rozmawiała również z Ambasadorem Polski w Gruzji Urszulą Doroszewską oraz dyrektorem Caritasu w Gruzji ks. Krzysztofem Kowalem. – Potrzebujemy pomocy lekarzy jako wolontariuszy. Zapraszamy na miesiąc, dwa lub trzy. Zapewniamy zakwaterowanie i częściowe wyżywienie. Praca wymaga znajomości języka rosyjskiego lub angielskiego, a jeszcze lepiej gruzińskiego – choćby w stopniu bardzo podstawowym. Gruzja to piękny kraj, dlatego proponujemy pracę pięciodniową z wolnymi weekendami na ewentualne wyjazdy lub pracę ciągłą z dłuższym czasem na zwiedzanie. Chętnie widziani są „sponsorzy” wspierający naszą nie bogatą organizację w kosztach utrzymania, wyżywienia i transportu wolontariuszy – mówi ks. Kowal.

Obie strony – polska i gruzińska, zarówno przedstawiciele lekarzy, jak i innych instytucji – życzyłyby sobie, aby była to wymiana szkoleniowa i pokojowa. Dr Witaszka przywołuje nr 4 biuletynu „Pomoc Gruzji” wydanego cztery lata temu: „W Biurze Koordynacji Pomocy w Warszawie trwały intensywne prace mające na celu pozyskanie i przygotowanie do wysłania kolejnej partii darów, która miała miejsce dzięki uprzejmości Kancelarii Prezydenta RP w dniu

26 sierpnia 2008 r. Ze zgłaszających się lekarzy chętnych do wyjazdu na kolejną zmianę do Tbilisi wybrane zostały dwie osoby: dr n. med. Bartłomiej Guzik oraz student piątego roku AM Stefan Czarniecki. Zostały one przetransportowane do Tbilisi samolotem prezydenckim w dniu 26 sierpnia. W tym samym dniu, lotem powrotnym do kraju wrócił lekarz Krzysztof Kmiec, który przebywał w misji od początku jej założenia”.

Czy teraz, kiedy nie ma już wojny, ale nadal potrzebna jest pomoc medyczna, znajdą się chętni na taki wyjazd? Czego można nauczyć się w Gruzji? Czego Gruzini uczą się w Polsce? Na te pytania odpowiadały konferencyjne tematy, gdzie wypowiadali się w różnych językach: angielskim, polskim, rosyjskim i gruzińskim, wykładowcy przede wszystkim z Polski i Gruzji, mówiąc o doświadczeniach w przemianach systemu ochrony zdrowia, polityce zdrowotnej, informatyzacji ochrony zdrowia, epidemiologii, ale i w osiągnięciach medycznych w chirurgii, laryngologii, geriatrici, diabetologii i innych.

Jak zaznaczył prof. Marek Rudnicki: „Widzimy Gruzję, która myśli o przyszłości, dlatego przyjeżdżamy dzielić się tym, czego się nauczyliśmy sami, aby nasi przyjaciele mogli skorzystać w wymiarze, który jest dla nich istotny”.

Przychodzi facet do lekarza...

Dlaczego mężczyźni umierają szybciej niż kobiety? Jedną z kwestii, która może poprawić tę sytuację, jest zmiana relacji na linii lekarz-pacjent. Okazuje się bowiem, że pacjent mężczyzna to nie jest po prostu pacjent.

Mężczyźni w Polsce żyją średnio o 8,5 roku krócej niż kobiety. Częściej umierają z powodu chorób układu krążenia i układu trawiennego, a także nowotworów złośliwych. Żyją też 5 lat krócej niż średnio mężczyźni w Unii Europejskiej. Ryzyko zgonu polskich mężczyzn w wielu 30-59 lat jest o 70 proc. większe niż kobiet. Co ciekawe, długość życia powiązana jest z wykształceniem – im niższe, tym większe prawdopodobieństwo, że umrą szybciej*.

Jednocześnie, jak pokazują wyniki badań GUS**, Polacy rzadziej niż Polki oceniali swoje zdrowie źle lub bardzo źle. Rzadziej też mówili o występowaniu długotrwałych problemów zdrowotnych i korzystali z porady lekarza (LPK i specjalisty), a jeśli już, to raczej wybierali świadczenia w ramach NFZ. Podobne wnioski wypływają z badań opublikowanych w raporcie „Zdrowie – męska rzecz”***, oprac. przez dr Dorotę Cianciarę, którego partnerem merytorycznym jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Wynika z niego, że mężczyźni relatywnie lepiej niż kobiety oceniali swoją kondycję psychofi-

zyczną. W skali dziesięciopunktowej badani mężczyźni ocenili swoje zdrowie bardzo wysoko: najczęściej na 8-9 punktów, a najniższa ocena wyniosła 7. Dlaczego więc, pomimo że mężczyźni uważają się za zdrowszych od kobiet, umierają szybciej?

Diagnoza

Jak pokazuje raport dr D. Cianciary, mężczyźni wyraźnie zwlekają z pójściem do lekarza z kilku powodów. Jednym z nich jest myślenie, że chorowanie jest niemęskie. – Chorobę postrzegają przede wszystkim jako groźbę wyrzucenia na margines życia. Boją się nie tyle objawów, co skutków społecznych: utraty pracy, porzucenia przez partnerkę, wykluczenia. Wszystko z powodu pokutującego wciąż stereotypu silnego faceta – ocenia dr Dorota Cianciara. Do lekarza wybierają się więc dopiero wówczas, gdy objawy są nasilone i długotrwałe. – Idziemy do lekarza, jak przestajemy normalnie funkcjonować. Coś nas na przykład tak boli, że nie jesteśmy w stanie wykonać danej czynności – mówił jeden z respondentów. – Mężczyzna jest zakładnikiem własnego stereotypu. Trzeba więc ich uczyć kompetencji wojownika, czyli świadomości, że dbanie o zdrowie jest męskie, a regeneracja to rzecz normalna – radzi Wojciech Eichelberger, znany psycholog i terapeuta. Zdaniem dr D. Cianciary stereotyp męskości powoli jest pokonywany, gdyż mężczyźni zaczynają być świadomi tego, że są ofiarami przestarzałych stereotypów i przestają postrzegać dbanie o siebie jako coś niemęskiego. Jednak to nie jest jedyna bariera powstrzymująca mężczyzn przed pójściem do lekarza. Badani wskazywali, że wizyta u lekarza to po prostu marnowanie czasu, bo wiąże się to z zapisem, a ponadto trzeba czekać w kolejce przed gabinetem. Okazuje się, że nie bez znaczenia jest też sama jakość relacji z lekarzem.

Pomocna ręka

Zdaniem dr Cianciary, znaczącym wsparciem dla mężczyzn mogłoby być lekarze. – Mężczyźni liczą na ich pomoc. Niestety, w codziennej praktyce lekarskiej dominuje biomedyczny, a nie biopsychospołeczny model chorób i leczenia – czytamy w raporcie. Z wywiadów przeprowadzonych wśród mężczyzn na potrzeby tego opracowania wynika, że oni chcą i potrzebują pomocy lekarskiej. Najbardziej zależy im na ludzkim podejściu do pacjenta, empatii i nieobwinianiu ich za aktualny stan zdrowia: „Fajnie jest, jak lekarz poświęci czas i powie, z czym się wiąże dolegliwość. Ważne, żeby lekarz się wczuł w tego drugiego człowieka, co on może czuć, a nie tak: „spadaj”, bo już następny czeka” – sugerowali badani. Narzekali na przedmiotowe traktowanie i niepoświęcenie im wystarczającej uwagi. Pojawiały się wypowiedzi typu: „Lekarz nie może dawać mi do zrozumienia, że przyszedłem i że bym już wychodził. Ostatnio miałem takie wrażenie, że ja tutaj jestem zbędny. Po co ja tutaj przychodzę? Jak ten wróg dosłownie”. Mężczyźni zwracali też uwagę, że lekarze nie potrafią się z nimi komunikować: „Często lekarze rzucają takim swoim slangiem i człowiek z ulicy nie wie, co on do niego mówi. A też głupio mu zapytać. To też jest takie poczucie dystansu”. W wywiadach zapytano też mężczyzn o preferencje dotyczące płci lekarza. Okazuje się, że były one zróżnicowane. Młodzi mężczyźni z chorobą związaną ze wstydem wolą raczej zwrócić się o poradę do lekarza mężczyzny. Starszym mężczyznom jest to raczej obojętne. Najważniejsze dla mężczyzn jest to, aby mieć jednego, zaufanego doktora.

I vice versa...

W badaniach publikowanych w raporcie uczestniczyli także lekarze. Ich wypowiedzi potwierdzają opinię, że mężczyzna przyjdzie na wizytę, gdy jest już naprawdę źle. „Żeby mężczyzna poszedł do lekarza, to już musi mieć zwidy, 40

Jak pokazuje raport
dr D. Cianciary,
**mężczyźni wyraźnie
zwlekają z pójściem do
lekarza z kilku powodów.**

Jednym z nich jest
myślenie, że chorowanie
jest niemęskie.

Gdy zapytano lekarzy o różnice w leczeniu kobiet i mężczyzn, podkreślali, że **kobiety są bardziej drobiazgowo**, ale z drugiej strony bardziej od mężczyzn stosują się do zaleceń.

stopni gorączki. Mężczyzna odsuwa wizytę, bo będzie myślał, że sam sobie pomoże. I będzie to robił do tego momentu, najczęściej, aż nie padnie” – mówił jeden z badanych lekarzy. Raport pokazuje, że badani lekarze POZ postrzegali siebie jako ekspertów, którzy przede wszystkim muszą postawić diagnozę i wydać zalecenia. Krytykowali pacjentów za to, że nie wykonują szczególnie tych porad dotyczących zdrowego stylu życia. „Najlepsze jest leczenie korzonków. Ja zalecam wszystkim: basen, aerobik, jogging. I nikt nie stosuje. A jak złapie go znowu, to przychodzi i mówi „zastrzyki najlepsze”. Gdyby każ-

dy poszedł na basen raz w tygodniu, to byśmy mieli zdrowe społeczeństwo”; „Daj mi tabletki, obniż mi poziom cholesterolu, obniż mi ciśnienie, prawda? Ale on sam siebie nie uruchomi. On sam z siebie jakby nie chce w tym uczestniczyć albo nie chce z siebie czegoś dać, bo to wymaga wysiłku” – twierdzili. Lekarze fetyszyzowali zdrowy styl życia i podkreślali wielokrotnie, że zarówno medycyna, jak i lekarz niemal nie mają wpływu na zdrowie. „W uzasadnieniu odwoływali się do argumentu, że opieka medyczna odpowiada zaledwie za 10 proc. stanu zdrowia populacji. Pokazuje to, że przebrzmiały już paradygmat Lalonde’a może paraliżować działania lekarzy i zdejmować z nich odpowiedzialność za wyniki pracy. Jednocześnie nic nie wskazywało na to, aby lekarze pomagali pacjentom w tym wysiłku, np. radzili, jak w praktyce zastosować się do zaleceń. Równocześnie krytykowano korzystanie przez pacjentów z zasobów informacyjnych internetu” – czytamy w raporcie.

Gdy zapytano lekarzy o różnice w leczeniu kobiet i mężczyzn, podkreślali, że kobiety są bardziej drobiazgowo, ale z drugiej strony bardziej od mężczyzn stosują się do zaleceń. Mężczyźni za to są bardziej konkretni: „Mężczyźni zachowują się podczas wizyty znacznie lepiej niż kobiety. Jedna dolegliwość wystarczy. A kobieta potrafi gadać o wszystkim”. Za to mają większy problem z zakomunikowaniem swojego problemu zdrowotnego. Badania wykazały

także, że istnieje zależność w ocenie pacjentów w zależności od płci. Lekarki bardziej krytykowały pacjentów mężczyzn, a lekarze – pacjentów kobiety.

– Analizując wnioski zawarte w raporcie, mam dowód na to, że moje działania jako lekarza to nie tylko diagnoza i leczenie. Liczą się także inne sfery w relacji z pacjentem. Raport pokazuje, że mężczyzna pójdzie do lekarza, kiedy jest bardzo źle. Dlatego też powinniśmy uświadamiać panów, by wyczuwali objawy wcześniej i na nie odpowiednio wcześniej reagowali. Jak się okazuje, nie bez znaczenia jest też kontakt lekarza z pacjentem. Powinien on być jak najlepszy, nienaruszający godności osobistej i sprawiający, że pacjent otworzy się ze swoim problemem – mówił podczas debaty na temat wniosków z przytaczanego w tekście raportu dr. n. med. Roman Sosnowski, urolog z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego w Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie. ■

* Dane Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) z 2010 r., cytowane za Raport Siemens 2012 „Zdrowie – męska rzecz”, oprac. dr hab. n. med. Dorota Cianciara, dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i kierownik Pracowni Promocji Zdrowia w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny.

** Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r. GUS, Warszawa 2012 r.

*** Raport Siemens 2012 „Zdrowie – męska rzecz” – badania w nim zawarte (ilościowe i jakościowe) zrealizowała firma badawcza 4P w maju i czerwcu 2012 r.

Lekarzom grozi zurzędniczenie

Doktor Joanna Bogus (imię i nazwisko zmienione na życzenie naszej rozmówczyni) po przeczytaniu artykułu zamieszczonego we wrześniowym numerze „Gazety Lekarskiej” (09/2012), zatytułowanego „Pod pręgierzem kar”, postanowiła się podzielić swoimi spostrzeżeniami.

Doktor Bogus ma bliskiego krewnego chorego na nowotwór, a ponieważ jest on w trakcie leczenia, nie chce zamieszania wokół siebie i jego osoby. Tym była bardziej rozmowa była poruszająca, bo z jednej strony dotyczyła osobistego dramatu pacjenta i bezradności jego bliskich wobec biurokratycznej maszyny, w tym wypadku systemu finansowania opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z drugiej – opinii lekarza z trzema specjalizacjami (interną, kardiologią i medycyną pracy) i 52-letnim stażem pracy. Nie jest to więc wylewanie żalów, ale rzeczowy głos w sprawie sytuacji, w jakiej obecnie przychodzi lekarzom żyć i leczyć. Doktor Joanna jest dopiero od dwóch lat na emeryturze i ma doświadczenie zarówno jako diagnosta, klinicysta, jak i organizator opieki zdrowotnej. Jako doświadczony lekarz z całą stanowczością podkreśla, że największym grzechem obecnego systemu jest niewyobrażalny przerost administracji w NFZ, przez co przestał już tam obowiązywać zdrowy rozsądek i dobro chorych, a rządzi zimne, często absurdalne przepisy i układy personalne. Zaznacza, że to dotyczy wielu dziedzin lecznictwa, jednak najbardziej drastycznie obciąża chorych na nowotwory. – Choroby nowotworowe mają to do siebie, że postępują błyskawicznie. Niestety, w Polsce chory zdiagnozowany z nowotworem często czeka na leczenie kilka miesięcy. Po takim okresie oczekiwania ma małe szanse na wyleczenie. Takie leczenie generuje koszty, a minimalizuje postępy terapeutyczne – przekonuje doktor Bogus. W przypadku jej krewnego, który z braku pieniędzy w szpitalu zamiast w listopadzie ubiegłego roku otrzymał leczenie dopiero w lutym tego roku, co skończyło się tym, że przestał chodzić. Miał

więc kilkumiesięczną przerwę w leczeniu, bo szpital wyczerpał limit, a NFZ nie chciał zapłacić za nadwykonania.

Zalewani sprawozdawczością

Rozrost biurokracji w NFZ – jej zdaniem – coraz bardziej doskwiera też lekarzom. Zamiast przeznaczać czas za rozmowę z pacjentem, wypełniają stosy papierów niezbędnych do rozliczeń z tą instytucją. Aby nie być gołosłownym, wystarczy za „Gazetą Wyborczą” przytoczyć publikowany tekst na ten temat. Pulmonolog z 20-letnim stażem, Szczepan Cofta, wicedyrektor Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, pracujący też w przychodni, powiedział, że są dni, kiedy wypełnianie papierów zajmuje mu połowę czasu, który spędza w szpitalu, mimo że do raportowania do NFZ zatrudnił dodatkowo 8 osób w administracji. Szczytem jest ostatnia ankieta na temat leczenia onkologicznego Ministerstwa Zdrowia. Minister Bartosz Arłukowicz pyta 400 szpitali w Polsce o to, jak leczą raka. Na odpowiedź mają tydzień. Aby ją sformułować, trzeba szczegółowo zliczyć ilość miligramów użytych leków onkologicznych, których na liście jest ponad 100, a pacjentów w ośrodkach onkologicznych kilka tysięcy rocznie. Tymczasem dane na ten temat są w miesięcznych raportach wysyłanych do NFZ. To dowód na brak kompatybilności systemu i mnożenie biurokratycznych bytów. Inny przykład: zakwalifikowanie chorego do programu terapeutycznego, czyli leczenia najnowszymi lekami, wymaga wypełnienia kilkunastu stron ankiety. To samo dotyczy transplantacji. Doktor Cofta obliczył, że lekarz w poradni przyjmując dziennie średnio 20 pacjentów, wypełnia około 100 stron dokumentów. Przykładem biurokracji jest także chory na raka nerki 71-letni emeryt z Krakowa

(sprawę nagłośniła i opisała „Gazeta Krakowska”). W jego przypadku konieczne było leczenie lekiem o nazwie nexavar, który podaje się chorym w ramach tzw. chemioterapii niestandardowej. Ale na drogę leczenia niestandardowego (kilka tysięcy zł miesięcznie) musi się zgodzić Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjent nie dostał takiej zgody, bo usuwając guz, lekarze zachowali fragment nerki, a jednym z kryteriów kwalifikujących do leczenia tym preparatem jest nefrektomia, czyli całkowite usunięcie tego narządu. Lekarze onkolodzy mówią, że załatwienie formalności związanych z przyznaniem niestandardowej chemioterapii to koszmar. Najpierw zgodę

musi wyrazić dyrekcja szpitala i wojewódzki konsultant ds. onkologii. Potem sprawę rozpatruje NFZ. Na zgodę chorzy czekają tygodniami, mimo, że u nich czas oznacza żyć albo nie żyć.

Leczyć zamiast pisać

Naczelna Izba Lekarska wystąpiła swego czasu do Ministerstwa Zdrowia z apelem „Pozwólcie lekarzom leczyć”, w którym zwraca uwagę na ten problem. Odpowiedzi brak. Zdaniem doktor Bogus błędem jest szukanie wydumanych rozwiązań tych problemów, wprowadzając coraz to nowsze i bardziej skomplikowane przepisy regulujące funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Uważa, że trzeba zacząć od przyznania lekarzom opieki podstawowej większych uprawnień w diagnostyce, dzięki czemu znacząco poprawiłaby się wcześniejsza wykrywalność wielu chorób, głównie nowotworów, skróciłby się czas oczekiwania na badania i konsultowania ich wyników. Obecnie lekarz POZ, aby pacjent mógł mieć wykonaną np. biopsję, tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny, musi go skierować do odpowiedniego specjalisty, ponieważ tylko on może zlecić takie badanie. A kolejki do onkologów, kardiologów, okulistów,

urologów czy endokrynologów to miesiące oczekiwań. Kiedy pacjent już tam się dostanie, drugie tyle czasu musi czekać na wykonanie badania. Rozwiązaniem byłoby też odejście od tworzenia w szpitalach jednokierunkowych oddziałów internistycznych. – U każdego pacjenta należy dostrzec dziedziczenie, tryb życia, obciążenia zawodowe, również ze strony psychiki, co warunkuje powstawanie patologii ze strony układu krążenia, oddechowego, wydalniczego. Tą są czynniki, które powinny być zauważone i uwzględnione w wycenach procedur medycznych, za które płaci NFZ – tłumaczy lekarka. Podkreśla jednocześnie, że jest ze starej szkoły prof. Dymitra Aleksandrowa, który uczył, że pacjent to całość, a nie jego chory organ, uczył że nie ma jednokierunkowych schorzeń. Wąska specjalizacja kosztuje, a efekt leczenia często jest niewspółmierny do kosztów. Konkluzja: większość pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór, trafia do leczenia za późno. Gdyby lekarz POZ miał prawo do szerszej diagnostyki, wielu z nich wciąż cieszyłoby się życiem. Poprzez biurokrację NFZ rozrósł się w sposób kosztowny i szkodliwy, należy go odchudzić, uprościć sprawozdawczość, aby wreszcie lekarz rzeczywiście zajmował się leczeniem. NFZ – w opinii naszej rozmówczyni – traktuje lekarzy jak potencjalnych aferzystów, łamiących prawo, których należy karać. Mówi, że to oburzające, że wybierając ten zawód kilkadziesiąt lat temu, nie przypuszczałaby, że może do tego dojść. ■



Hiszpania

– system powszechny, publiczny i zdecentralizowany

Hiszpania ma specyficzny system ochrony zdrowia. Nie ma płatnika w postaci powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; jego rolę pełnią budżety autonomicznych regionów. Opieka zdrowotna finansowana jest z podatków i w przeważającej części publiczna. Hiszpanie są z niej dość zadowoleni, żyją długo i w dobrym zdrowiu.

Na mocy ustaw z 1986 r. o ochronie zdrowia i z 2003 r. o spójności i jakości ochrony zdrowia w Hiszpanii powstał narodowy system ochrony zdrowia (Sistema Nacional de Salud, SNS) wzorowany na systemie brytyjskim. Głównym źródłem jego finansowania są podatki. System jest powszechny, zapewnia opieki medyczną wszystkim obywatelom, a także imigrantom.

Ministerstwa regionalne rządzą, minister krajowy koordynuje

Od 2002 r. kompetencje w sprawach zdrowia należą do poziomu regionalnego – za zarządzanie organizacją opieki zdrowotnej, regulacje prawne, planowanie, dostarczenie i finansowanie usług zdrowotnych na swoim terenie odpowiadają ministerstwa zdrowia w rządach 17 autonomicznych regionów – wspólnot (Comunidades Autónomas). Mają one dużą autonomię, także w dziedzinie polityki fiskalnej. Podzielone są na obszary zdrowotne (200-250 tys. mieszkańców), a te na mniejsze podstawowe strefy zdrowotne.

Najwyższą instancją systemu jest Rada Współpracy Regionalnej Narodowego Systemu Zdrowotnego (CISNS), na czele której stoi krajowy minister zdrowia i spraw socjalnych; jego resort odpowiada za zarządzanie obszarami strategicznymi – cel to zapewnienie porównywalnego poziomu funkcjonowania służby zdrowia w całym kraju. Dlatego uboższe regiony mogą być dofinansowane z budżetu centralnego.

Regiony administrują 90 proc. zasobów publicznej opieki zdrowotnej, a finansują – 70 proc. Ochrona zdrowia pochłania średnio 30 proc. budżetów regionalnych. Poziom wydatków przypa-

dających na mieszkańca w różnych regionach jest bardzo zróżnicowany.

Wydatki poniżej europejskiej średniej, regionalnie zróżnicowane

W 2007 r. wydatki na zdrowie wyniosły 2267 euro na mieszkańca, łącznie 8,5 proc. PKB (poniżej średniej europejskiej wynoszącej ok. 10 proc. PKB). Sektor publiczny finansuje 71 proc. wydatków zdrowotnych, ubezpieczenia prywatne pokrywają 6 proc., a dopłaty pacjenta (out of pocket, OOP) – 22 proc. Wydatki publiczne w 54 proc. przeznaczane są na opiekę specjalistyczną – ambulatoryjną i szpitalną, 16 proc. na opiekę podstawową, 20 proc. na leki, 1,4 proc. na profilaktykę i zdrowie publiczne.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne ma małe znaczenie. Korzysta z nich ok. 13 proc. populacji (różnie w różnych regionach). Istnieją też trzy fundusze wzajemnych ubezpieczeń zdrowotnych: dla funkcjonariuszy państwowych, dla prawników, dla wojska. Prywatne ubezpieczenia głównie służą refundacji usług specjalistycznych, na które długo czeka się w systemie powszechnym, albo usług stomatologicznych dla dorosłych, które system zapewnia w bardzo ograniczonym zakresie.

Podstawowy koszyk dla wszystkich

Na poziomie krajowym ustalony jest podstawowy koszyk bezpłatnych świadczeń zdrowotnych (władze lokalne mogą go rozszerzać, uwzględniając lokalne warunki, kryteria i potrzeby). Dzieci i kobiety ciężarne korzystają z pełnego zakresu świadczeń w ramach systemu publicznego.

Koszyk w zakresie POZ zawiera: świadczenia ogólne, pediatryczne (w gabinecie i wizyty domo-

we), profilaktyczne, edukacyjne i rehabilitacyjne, opiekę długoterminową. W obrębie specjalistyki zamkniętej i otwartej obejmuje wszystkie interwencje medyczne i chirurgiczne w trybie ostrym. Refundacja leków recepturowych wynosi 60 proc. (pacjent pokrywa 40 proc.), a po 65. roku życia – 100 proc., przy czym w lecznictwie zamkniętym pacjent otrzymuje leki bezpłatnie. Dopłaty do leków nie dotyczą także osób niepełnosprawnych i ofiar wypadków przy pracy, a pacjenci chorzy

Hiszpania: zdrowie w liczbach (2007): • Wskaźnik dzietności najniższy w UE: 1,4 dziecka na kobietę • Oczekiwana długość życia: kobiety 82,2 lat, mężczyźni 77,8 lat • Śmiertelność noworodków: 3,46 na 1000 żywych urodzeń (w 1970 wskaźnik wynosił 20,78/1000) • Najważniejsze przyczyny zgonów: choroby sercowo-naczyniowe (32%), rak (27%) choroby układu oddechowego (11,4%).

Dynamika istotnych dla zdrowia czynników stylu życia: • poziom nikotynizmu spada • rozpowszechnione regularne spożycie alkoholu (ryzykownie pije 7% mężczyzn i 3% kobiet) • zagrożenie otyłością wzrasta; od 1987 wskaźnik ludzi otyłych i z nadwagą podwoił się i osiągnął 15,6% • liczba śmiertelnych wypadków spada: przy pracy (o 30% w latach 1998-2007), drogowych (z 486 do 197 w latach 1991-2008, w ostatnich latach o 20% rocznie) • HIV/AIDS – wysoki poziom zachorowalności (3,5 vs. 1,37 w UE), lecz spada (o 80% od 1997 r.).

przewlekłe i z AIDS płacą 10 proc. ceny leków. Medyczne środki uzupełniające (protezy, produkty ortopedyczne, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie, transport medyczny, diety lecznicze i domowa terapia tlenowa) są w zasadzie bezpłatne. Z refundacji wyłączono psychoanalizę, zabiegi zmiany płci (z wyjątkiem Andaluzji), uzdrowiskowe, chirurgię plastyczną (poza usuwaniem defektów po wypadku lub chorobie).

Kadry – planowanie i kształcenie

Większość lekarzy i inny personel medyczny to etatowi pracownicy sektora publicznego. Od początku lat 90. ub. wieku wzmocniono rolę POZ, a lekarz rodzinny pełni rolę „furty do systemu” (gate keeper). Ośrodki POZ obsługiwane są przez wielodyscyplinarne zespoły złożone z lekarzy rodzinnych, pediatrów, pielęgniarki i pracowników socjalnych – często też psychoterapeutów, dentystów; centrum podstawowej opieki współpracuje też z laboratorium analitycznym i pracownią diagnostyki obrazowej. Każde z 13 120 centrów obsługuje średnio 3500 mieszkańców.

Lekarze rodzinni pobierają pensje plus dodatki kapitałowe (ok. 15 proc.) zmodyfikowany wg kryterium populacyjnego (dzieci, osoby starsze). Wysokość pensji lekarzy szpitalnych i specjalistów jest regulowana ogólnie, ale w regionach stosuje się lokalne dodatki. Zatrudnieni przez fundacje i przedsiębiorstwa otrzymują wynagrodzenie na zasadach rynkowych. W 2008 r. hiszpański lekarz rocznie zarabiał 33 500-68 600 euro (dwa do czterech razy więcej niż średnia krajowa). W niektórych regionach lekarze rodzinni są przedsiębiorcami lub zawiązują spółki.

Narastającym problemem jest brak kadr. W ostatnich latach wielu lekarzy i pielęgniarek wyjeżdża za granicę. Do tego komisja kadrowa SNS oceniła, że 4 na 10 specjalistów medycznych przejdzie na emeryturę w ciągu 15 lat. Konieczne jest zatem precyzyjne planowanie kształcenia kadr, specjalizacji i programów dokształcających.

Podstawowe studia medyczne na uniwersytetach publicznych lub prywatnych trwają 6 lat, pielęgniarki kształcone są w specjalistycznych 3-letnich szkołach uniwersyteckich, po których jest możliwość uzyskania specjalizacji położniczej, psychiatrycznej, medycyny pracy i innych. Lekarze mogą podjąć studia podyplomowe (specjalizacje) po 3-5 latach praktyki w akredytowanych placówkach, liczba słuchaczy centrów kształcenia podyplomowego jest limitowana. Licencję medyczną trzeba odnawiać co trzy lata według zasad da-

nego regionu. Licencjonowani profesjonaliści są wpisani do publicznego rejestru.

Informatyczne przyspieszenie

Hiszpania może się pochwalić bardzo wysokim stopniem wdrożenia systemów informacyjnych. Rozwijany jest program Opieka Zdrowotna online będący częścią programu rozwoju cyfrowych służb publicznych. Dostępne w każdym punkcie w kraju rejestry z danymi personalnymi i klinicznymi pacjentów, raportami dotyczącymi opieki podstawowej, specjalistycznej i pielęgniarskiej, badań laboratoryjnych, obrazowych, farmakoterapii itd. pozwalają na koordynację, spójność i ciągłość opieki, przejrzystość procedur – także w ramach współpracy z systemami europejskimi, np. z eSOS (European Patient – Smart Open Services).

Dobra opieka za niską cenę

Od 2002 r. obowiązuje w Hiszpanii ustawa o autonomii, prawach i obowiązkach pacjenta (gwarantująca m.in. prawo do informacji, poszanowania godności i prywatności, dostępu do informacji o usługach, zachowania tajemnicy, adekwatnego leczenia, swobodnego wyboru lekarza i ośrodka, zgody na wykonanie zabiegu lub odmowy, prawo do skargi). Regiony mogą tworzyć własne kodeksy praw pacjenta; instytucja rzecznika praw pacjenta funkcjonuje na poziomie regionalnym, w szpitalach są również punkty obsługi pacjenta.

Poziom opieki zdrowotnej w Hiszpanii uznaje się za ogólnie dość wysoki – zarówno pod względem populacyjnych wskaźników stanu zdrowia, jakości i bezpieczeństwa usług, satysfakcji pacjentów (może z wyjątkiem czasu oczekiwania i zakresu informowania), a także w kategoriach finansowych, czyli w stosunku do ponoszonych nakładów. Oznacza to, że za rozsądną cenę (wydatki poniżej średniej europejskiej) Hiszpanie otrzymują całkiem dobrą opiekę, z której są w zasadzie zadowoleni (zob. ramki).

Problemy do rozwiązania: geograficznie duże zróżnicowanie dostępności, jakości, skuteczności leczenia, co skutkuje nadmierną śmiertelnością, np. w wyniku zakażeń szpitalnych, nieuzasadnionymi komplikacjami po stosunkowo lekkich zabiegach i w chorobach przewlekłych. ■

Korzystałam z opracowań:

„Health Care Systems in Transition: Spain. Health System Review 2010”, przygotowanego przez European Observatory on Health System and Policy, opracowania „PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata”, Warszawa 2011, <http://www.nazdrowie.pl> oraz źródła własnych



Joanna Sokołowska

Werwa czy wstyd?

Moje babcie, choć jedna była zza Bugu, a druga znad Wisły, w pewnej kwestii były zadziwiająco zgodne: jak cię widzą, tak cię piszą – mawiały. Na moim dzieciństwie odcisnęło się to traumą białych podkolanówek i granatowej sukienki pozostającej w stałej opozycji do, o niebo wygodniejszych i zasłaniających strupy na kolanach, sztruksowych spodni ogrodniczek. Babcine mądrości, tak to już w życiu jest, po latach przypominają o sobie, w najmniej oczekiwanych okolicznościach i nie dotyczą, niestety, tylko obowiązującego dresscode.

Memento z dzieciństwa zabrzmiało mi w uszach pewnego wrześniowego wieczoru, gdy zatrzymałam się przed ekranem telewizora, widząc i słysząc Leszka Możdżera. Grał jak zwykle pięknie, tym razem na tle mającego napis „Polacy z werwą”. Pasowało. Potem nastąpiło wyjaśnienie – oto w Teatrze Wielkim rozpoczęła się gala plebiscytu pod powyższym, nawiązującym nieco nachalnie do marki produktu, tytułem. Idea projektu jest szczytna i wyłuszczone na stronach internetowych sponsorującego koncertu – to promocja najzdolniejszych Polaków, wyróżniających się w kategoriach: „medycyna, nauka, ochrona środowiska, innowacyjność w biznesie, sport i design”. Teatr Wielki wypełniła rzesza wybranych, wypinających bardziej lub mniej osłonięte biusty celebrytek i ich, pełnych animuszu partnerów. Na scenie pojawiła się Monika Brodka, której werwy w śpiewaniu odmówić nie można, energetyczne akordeonowe Motion Trio i Orkiestra Kameralna Aukso. Dla lemingów zaśpiewała Lana Del Rey. Był też pokaz kolekcji Gosi Baczyńskiej, inspirowany dziejami Balladyny. Nie jestem pewna narodowości tej ostatniej (Balladyny, a nie Gosi Baczyńskiej), ale jeśli chodzi o ambicje i determinację, w dążeniu „do celu po trupach”, rzeczywiście zasługuje na wyróżnienie. Prezes sponsorującego koncertu wręczył dwukrotnemu mistrzowi olimpijskiemu, Tomaszowi Majewskiemu, nagrodę specjalną – statuetkę zaprojektowaną przez Pawła Althamera, przedstawiającą „rzeźbiarską metaforę narzędzia do wlewania paliwa” – bezcenne!

Poszczególne odslony spektaklu przerywane były krótkimi, rodem jakby z portalu Youtube, w zamierzeniu dowcipnymi, etiudami filmowymi. Prezentowały one Polaków, których autorzy postrzegają jako patronów kategorii plebiscytu. Za życiową i naukową werwę „lajka” dostali: kanonik warmiński, który zatrzymał słońce i ruszył ziemię, i pewna polska chemiczka, która swe badania nad magnetyzmem, dwukrotnie nagrodzone nagrodą Nobla, musiała prowadzić na Sorbonie, bo prof. August Witkowski odmówił jej asystentury na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Moje babcie podniosły z zaświatów larum, o którym wspominałam na początku, gdy na ekranie ukazała się postać, namaszczone na patrona narodowych osiągnięć medycznych. Kto nie oglądał, nie zrozumie

– twarzą naszego środowiska uczyniono Profesora Wilczurę... Młodszym i tym, którzy nie mogą uwierzyć, przypomnę pokrótce sylwetkę

mianowanej ikony naszego środowiska. Bohater powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza i przedwojennego przeboju kinowego, był znanym chirurgiem. Szeroka praktyka lekarska, kasa i udana rodzina – wszystko wzięło w feb, gdy żona (zła kobieta to była) zwała z kochankiem, zabierając córeczkę Marysię. Doktor, jak na stereotypowego zabiegowca przystało, postanowił utopić troski w kieliszku. Żle jednak wybrał lokal i towarzystwo – obudził się bez portfela i z pourazową utratą pamięci. Przygarnięty przez wiejskiego młynarza, zrobił karierę, praktykując niekonwencjonalnie, jako miejscowy znachor. Nawet cudowne ozdrowienie, nie przyniosło Wilczurowi szczęśliwego powrotu na stanowisko kierownika renomowanej warszawskiej kliniki – musiał walczyć z intrygami swoich współpracowników, oskarżeniami o zaniedbania w pracy i pomówieniami o spowodowanie śmierci pacjenta. Nie pamiętam dobrze, ale czy to nie jego zastępca, wredny Dobraniecki, krzyczał, że „Już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie!”? Radość istnienia odnalazł Wilczur dopiero w ramionach koleżanki lekarki w wiejskim NZOZ-ie w poleskich Radoliszkach, a pośmiertną chwałę – jako patron fundacji swojego imienia.

Etiuda o Profesorze wzbudziła radość zgromadzonych, dobrze wpisując się w lekką, bezrefleksyjną konwencję gali. Tylko te moje babcie lamentowały w otchłani niebytu, choć przecież wielokrotnie deklarowały przedwojenne uwielbienie dla Wilczura. Zawodziły, że czasy inne i inne ideały, choć problemy etyczne ponadczasowe i że przecież w almanachu polskiej medycyny bez wysiłku odszukać można postaci, które zasłużyły na szacunek na równi z Marią Skłodowską-Curie i Mikołajem Kopernikiem. Bez specjalnej wiedzy, nie mówiąc już o przysłówowym „telefonie do przyjaciela”, można znaleźć niejednego „doktora z werwą”. Babki, korzystając z kontaktów pozaziemskich, przyciągnęły za staropolskie bokobrody przed moje oblizcze nadwornego lekarza królów, Wojciecha Oczko.

– Oto autor powiedzenia: „Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas, gdy żaden lek nie zastąpi ruchu”. Ponadczasowe i jakże cenne w erze refundacyjnego terroru! – wołały, a mnie było wstyd. Wstydziałam się lokalnie, patriotycznie za organizatora, w którego blasku i przemysłowej poświęceniu wyrasta moje miasto, który choć majątny, wykazał się elegancją nuworysza. Wstydziałam się za państwową telewizję, która z opłacanego przeze mnie sumiennie abonamentu sfinansowała transmisję tego „wydarzenia”. Najbardziej wstyd było mi jednak za nas, lekarzy – za to, że pozwalamy, by wciąż postrzegano nas przez pryzmat Judymów i Wilczurów.

Babcie mówiły, że jakim cię widzą, takim cię piszą. W czasach Public Relations ta zasada działa również w drugą stronę... ■



Sławomir Pietras

Doktorowa Stefania Rudnicka

młodsza od niej Maria Callas również cierpiała na myopię, a mimo to wykonała w swoim życiu 543 spektakle 30 różnych oper, praktycznie podczas spektakli nie widząc dyrygentów, ale za to partytury umiejac na pamięć jeszcze lepiej od nich.

To czego Stefani Woytowicz zazdrościły wszystkie śpiewaczki, to jedno jedyne, ale za to niezwykle udane małżeństwo. Wybrańcem serca był prof. dr hab. Stanisław Z. Rudnicki, założyciel i wieloletni kierownik kliniki Neurochirurgii Szpitala Wojskowego w Warszawie, pionier chirurgii przezskłowej (guzy przysadki mózgowej). Ten niezwykle elegancki gentelman z nieodłączną fajką, nieczęsto niestety pojawiał się na występach ukochanej żony. Bowiem peszył się, gdy artyści serdecznie go witając, wołali: Dzień dobry, panie Woytowicz!

Myśmy z Japase Szumańskim i Zdzisławem Dworzeckim byli świadkami czegoś całkiem odwrotnego. W końcu lat sześćdziesiątych w ramach Jeunesses Musicales – studenckiego ruchu „Pro Musica” konkurowaliśmy między sobą w zdobywaniu względów tej wielkiej artystki. Odbываяc studencki obóz wojskowy w Gorzowie Wielkopolskim, postanowiliśmy zaprosić Stefanię Woytowicz na żołnierską przysięgę. Między nami mówiąc, wcale nie liczyliśmy na to, że przyjedzie. Jakież było nasze zdumienie, gdy wartownia zaawiadomiła o stojącym przed bramą jednostki czarnym mercedesie z rejestracją warszawską, którego pasażerowie dopytywali się o nas. Zanim

zdążyliśmy dobiec do bramy, gości witał już dowódca jednostki w asyście pułkowników i majorów. Prof. Rudnicki okazał się tak wielkim i znanym autorytetem w środowisku wojskowym, że jego przyjazd do Gorzowa przyjęto jako wyróżnienie szczególne i niespodziewane. Natomiast do towarzyszącej mu Małżonki zwracano się tylko per „pani doktorowa” lub mówiono po prostu „profesorowa Rudnicka”. Nikt poza nami w środowisku koszarowym nie rozpoznawał w niej sławnej śpiewaczki. Mówiąc prawdę, nikogo to w gorzowskiej jednostce wojskowej nie obchodziło.

Wszyscy skakali wokół wielkiej sławy medycznej, za to my mieliśmy wspaniałą artystkę tylko dla siebie. Po przysiędze i defiladzie poszła z nami na spacer aż do końca poligonu Chruścik, dobrych kilka kilometrów od Gorzowa. Chciała zobaczyć, gdzie ćwiczymy swój studencki kunszt wojskowy, gdy tymczasem prawdziwi gorzowscy żołnierze wyjechali w wiadomej sprawie do... Czechosłowacji! Ciągłe w nią wpatrzeni oczom nie wierzyliśmy, że ta światowa gwiazda miała fantazję odnaleźć nas kilkaset kilometrów od Warszawy, przyjechać jako doktorowa Rudnicka, aby po przysiędze pójść z nami na przepustkę, rezygnując z wystawnego obiadu wydanego na cześć jej sławnego męża. Wolała być z nami, studentami w mundurach.

Tego się nie zapomina nawet 44 lata od tamtych zdarzeń i 7 lat od jesieni, kiedy można było ze Stefanią Woytowicz-Rudnicką po raz ostatni pójść na spacer. ■

Autor jest dyrektorem polskich teatrów operowych.

Mija właśnie 7 lat od śmierci Stefani Woytowicz, śpiewaczki wybitnej, z karierą trwającą niemal całą drugą połowę XX w. Jej międzynarodowe budowanie nie było łatwe w czasach Polski Ludowej, limitującej wyjazdy zagraniczne, czujnej na krytyczne wypowiedzi o ustroju, późniejszą działalność opozycyjną, wreszcie ograniczanie występów do kościołów i nielegalnych spotkań w stanie wojennym.

Doskonałej interpretacji muzyki wokalnej od baroku do dzieł współczesnych, towarzyszyła szczególna i subiektywna niechęć Woytowiczówny do gatunku operowego mimo, że była wykształcona i wychowana dla sztuki przez wielką ongiś śpiewaczkę operową prof. Stani Zawadzką. Z oper nagrała tylko „Toscę”, „Moc przeznaczenia” i „Halkę”. Raz jedyny wystąpiła w telewizyjnej realizacji „Daphne” Ryszarda Straussa w Monachium. Ani razu nie stanęła na operowej scenie mimo niepospolitej urody, temperamentu, wspaniałego dramatycznego sopranu i wielu operowych propozycji.

Przyczyn było kilka. Niewątpliwie jedna z nich to zaawansowana krótkowzroczność, ograniczająca poruszenie się po scenie. O rok

Listy do redakcji

Pytania retoryczne

Dlaczego muszę zaczynać wszystko od początku? Rehabilitacja – procedura konieczna, żeby utrzymać się w jakiejś formie mimo upływu lat (mam teraz 74). Wydaje się, że nie za bardzo ukochana w zasobach oferowanych przez NFZ. Pracowałem przez 41 lat w wymiarze 10 godz. dziennie plus wiele lat dyżurów w oddziale szpitalnym prawie bez zwolnień i wizyt u lekarzy. Rok przed przejściem na emeryturę pomyślałem o bojącym kręgosłupie i zmianach zwyrodnieniowych,

jakie go dotknęły. Rozpocząłem rehabilitację, częściowo w poradni rehabilitacyjnej, częściowo w sanatoriach (raz na 2-3 lata) i na turnusach rehabilitacyjnych (raz w roku 14 dni opłacane z własnych funduszy). Do roku 2011 rehabilitacja toczyła się w miarę pomyślnie. W br. poradnia, w której się leczyłem, nie otrzymała kontraktu dla lekarzy. Dziwne, bo przez wiele lat mimo zaniedbań lokalowych praca odbywała się normalnie, a obecnie po remoncie coś czy ktoś przestał spełniać „wymogi” NFZ-tu. Trzeba było wziąć nowe skierowanie od lekarza POZ-tu, szukać nowej poradni rehabilitacyjnej, czekać w kolejce (ok. 2 m-cy), żeby dostać się do lekarza, lekarzowi przedstawić „od nowa” przebieg choroby i leczenia (ok. 10 lat) i potem

czekać na realizację zabiegów (ok. 3 m-ce). Lekarz (a właściwie Pani doktor) okazał się bardzo dobry, życzliwy osobom starszym i traktujący swoich kolegów „po fachu” jak dawniej bywało (a teraz nie jest to powszechne). Poradnia, gdzie dotychczas korzystałem z rehabilitacji, działała od kilkunastu lat, obecna dopiero zaczyna. Nie bardzo rozumiem, dlaczego ogranicza się działania sprawdzone i akceptowane przez wiele lat lub wręcz je likwiduje, a udziela kontraktu dopiero powstałym placówkom. Gdyby otrzymały one świadczenia dodatkowo (tym bardziej, że zapotrzebowanie jest coraz większe), to chwała za to NFZ-towi, ale w rzeczywistości „nowych” się preferuje, a „starych” ogranicza. Co się za tym kryje? Nie dotyczy

Doktor Yes



Artur Andrus

5 października minęło pięćdziesiąt lat od premiery pierwszego odcinka słynnej filmowej serii o agencie Bondzie. W niektórych tekstach wspomnieniowych znalazł się wątek plakatu z Japonii. Otóż podobno tytuł tego pierwszego odcinka, „Doktor No”, został źle zrozumiany przez japońskiego tłumacza i na afiszach pojawił się w wersji: „Nie chcemy doktora” (według innych źródeł „Nie ma potrzeby wzywać lekarza”). Podobno błąd został szybko zauważony i podobno poprawiony. Dlaczego tak często używam słowa „podobno”? Nie było mnie w 1962 r. w Japonii. Jeszcze nigdzie mnie nie było. A nawet gdybym był, to moja znajomość japońskiego ogranicza się do siedmiu słów: karate, Tokyo, Suzuki, Toyota, sushi, seppuku, harakiri. Seppuku i harakiri to coś takiego, co chciałem sobie zrobić po zjedzeniu nieświeżego sushi.

Historia wygląda na prawdopodobną, natomiast nie wydaje mi się, żeby była efektem pomyłki. Po prostu japoński tłumacz doszedł do wniosku, że to niemożliwe, żeby w filmie nie było wątku medycznego. Przecież większość taki posiada. No dobrze, nie większość, ale dużo. Przynajmniej te lepsze filmy. A już na pewno od czasów telewizyjnych. Seriale. Wymieniam z pamięci: „Doktor Ewa”, „Klinika w Szwarzwaldzie” będąca kapitalistyczną odpowiedzią na osiągnięcia oszałamiające sukcesy medyczne socjalistyczny „Szpital na peryferiach” (Nemocnice na kraji mesta), „Dr House”, „Professor Wilczur”, „Ostry dyżur”. To tylko te mówiące wprost o trudnej pracy lekarza, pielęgniarki i personelu technicznego, wspomaganym menadżerskim talentem dyrektora szpitala i otoczonych troską urzędów odpowiadających za świetlany rozwój służby zdrowia. A ile takich wątków jest ukrytych? Kto wie, czy ZORRO potajemnie nie studiował me-

dycyny (w końcu tak wiele rzeczy robił w ukryciu)? Superman idealnie pasuje do wizerunku współczesnego ratownika medycznego. Albo czy sfilmowani przez braci Lumière robotnicy wychodzący z fabryki w Lyonie, nie udają się prosto na badania okresowe? Czy przypadkiem „Oblany ogrodnik” nie umarłby na zapalenie płuc, gdyby nie lekarz widoczny wśród wysiadających z pociągu, który wjechał na stację w Ciotat?

Nie śledzę na bieżąco... Yhy, każdy tak mówi, a potem się okazuje, że wie dokładnie, który lekarz, w którym odcinku zakochał się w której pacjentce... Nie śledzę na bieżąco, ale z tego, co przypadkiem zauważyłem, nie ma sprawiedliwości w tych filmach i serialach. Najczęściej bohaterami są chirurdzy albo lekarze pierwszego kontaktu. Czasem przemknie jakiś anestezjolog. W amerykańskich produkcjach, gdzie wszystko musi być największe, trafi się epidemiolog. A reszta? Gdzie hipertensjolog i foniatra? Dlaczego nie ma żadnego porządnego serialu o dentystach? Że trudno napisać dialog na lekarza i pacjenta w fotelu? To żaden argument! Wiem z doświadczenia, że każdy dentysta sam potrafi sobie odpowiedzieć na pytanie zadane przed chwilą pacjentowi. To chyba jedyna część ludzkości, która z nieartykułowanych dźwięków typu: „yyyhyh-uuaauuahyhyhy” jest w stanie bezbłędnie odtworzyć numer PESEL pacjenta. A poza tym, czy dentysta musi rozmawiać tylko z pacjentem? Oto próbka: „Żębina miłości”, odcinek 2346: „Bruksizm szczęścia”.

Andrzejki. Doktor Marcel i Sandra, która nie wiadomo gdzie pracuje, wróżą sobie.

Doktor Marcel (patrzac na zdjęcie rtg szczęki pacjenta Nowaczka podświetlone od tyłu świeczką): – Popatrz na tę górną prawą trójkę. Wygląda jak gołąb zrywający się do lotu nad rynkiem małego galicyjskiego miasteczka.

Sandra:

– To zły znak. Wróć do mnie, ja cię Kocham.

Doktor Marcel:

– Dobrze.

Niedawno wystąpiłem na kongresie urologów. Jako artysta. W części galowej, „powykładowej”. Przed występem musiałem jeszcze poprowadzić audycję w radiu i szybko przemieścić się do innego miasta. Podczas audycji dotarł do mnie „mail sprawdzający”, czy w radiu jestem na żywo i czy to możliwe, że zdążę na występ. Odpowiedziałem, że zdążę, bo mam już duży kawał autostrady do dyspozycji. Pani Ania (autorka „maila sprawdzającego”) odechnęła z ulgą i zapewniła mnie, że: „Urodziny czekają”. Uważam, że to świetny tytuł dla filmu. Może na przykład następnego odcinka przygód Jamesa Bonda? ■

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

to tylko rehabilitacji. Dawno działające POZ-ty się likwiduje, a nowe kontraktuje. Czy jest ktoś, kto miałby jakiś właściwy wpływ na te decyzje? Myślę, że są to pytania retoryczne, a te zwykle pozostają bez odpowiedzi. Koledzy, którzy obecnie pracują, opowiadają o dziwnych praktykach. Sprzedawane są prywatnym osobom pomieszczenia, gdzie mieściły się przychodnie państwowe, a potem te same pomieszczenia wynajmowane są za wysokie czynsze, żeby utrzymać dalszą działalność dotychczasowych poradni. Kto na tym zyskuje, a kto traci, to też ciekawe pytanie? Na szczęście mnie te machinacje nie dotyczą, bo nie pracuję. A dlaczego, to już kiedyś pisałem.

Krzysztof Papuziński

Składka zdrowotna

Chciałbym się podzielić z Wami moją refleksją na temat aktualnej zawieruchy z tzw. refundowanymi receptami. Osobiście znam wielu lekarzy, głównie specjalistów prywatnie praktykujących, raczej tzw. wziętych. Gdy mam potrzebę, to korzystam właśnie z tego prywatnego sektora medycznego, nie ukrywam, że stać mnie na to. Prowadzę przedsiębiorstwo i płacę niemałe podatki, ZUS-y i inne obciążenia, są to, zaznaczam, realne pieniądze. Ten spodziewany brak refundacji na leki będzie dotyczył lub już dotyczy głównie gabinetów prywatnych, bo lekarze z nich zwyczajnie tych umów nie podpisali. Ja, który nie

korzystam z refundowanej służby zdrowia, czyli tak de facto odciążam system, mam teraz jeszcze dodatkowo ponosić karę za to, że ten system utrzymuję?!? Jestem w stanie się z tym faktem pogodzić, bo znam realia ekonomiczne, ale nie mogę się pogodzić, aby ktoś robił ze mnie przyglupę i mówił, że to dla mego dobra. Takich ludzi jest więcej. Upraszczając, można powiedzieć, że obecne dążenia są takie, aby ludzi, którzy utrzymują ten system, pozbawić realnego korzystania z niego. Idąc dalej, wracamy do starego. Czyli składka zdrowotna staje się zwyczajnym podatkiem, który płacą obywatele na utrzymanie swojego państwa i innych współobywateli. Nie ma to nic wspólnego z systemem ubezpieczeń. ■

Przedsiębiorca, Andrzej Siuda



Agata Morka

Skandal, którego nie było

Jeśli książę William i księżna Kate podali ostatnio do sądu zdjęcia godzące w skromność przyszłej królowej, to Karol IV powinien ściąć Francisco Goyę około roku 1800, zaraz po tym jak ten skończył malowanie portretu jego rodziny. Goya, od 1789 r. pełniący funkcję nadwornego malarza, pracując niezależnie nad portretami wszystkich trzynastu członków rodziny, złożył je w dość osobliwą kompozycję. Para królewska, będąca głównym akcentem obrazu, zdaje się ledwo utrzymywać równowagę przygnieciona ciężarem nałożonych na siebie klejnotów i orderów. Krótkie, przerywane pociągnięcia pędzla Goyi wydobywają szlachetność materiałów, z których zrobione są ubrania, oślepiając widza swym przesadzonym blaskiem. Ustawieni w szeregu krewni nie grzeszą urodą, zamiast wyidealizowanych portretów Goya pokazuje zbiorowisko dużych brzuchów, podwójnych podbródków i obłąkanych spojrzeń. Wszystko to skłoniło historyków sztuki do odczytania tego obrazu jako karykatury hiszpańskiej monarchii, ukazującą jej słabość, próżność i szaleństwo.

Ale skandalu nie było. Zachowane dokumenty wskazują, że obraz się podobał, królowa Maria Luisa w jednym ze swoich listów pisała nawet, że wszyscy, z nią na czele, zostali mistrzowsko uchwyceni i wyglądali bardzo naturalnie. Może to zatem przykład historyczno-sztucznej nadinterpretacji?

Jeśli jednak nawet przyjąć, że portret rodziny królewskiej nie jest karykaturalnym przedstawieniem ułomności hiszpańskiej monarchii, to Goya jednak rzeczywiście nie oszczędza portretowanych. Nie tylko nie upiększa ich, ale wręcz z kłującą w oczy dokładnością oddaje ich liczne niedociągnięcia. Przynajmniej u dwóch z portretowanych postaci stwierdzić można zaawansowane stany chorobowe. Kto z nich zatem i na co cierpi?

Autorka jest doktorem historii sztuki.

Francisco Goya y Lucientes „Karol IV z rodziną” (ok. 1800)



Rozwiązanie poprzedniej zagadki

Oryginał to obraz A. Alternatywny tytuł obrazu Boscha, spotykany często w literaturze, to „Usunięcie kamienia szaleństwa”. W wiekach średnich wierzono, że źródłem zaburzeń psychicznych może być tzw. kamień szaleństwa, umiejscowiony w głowie. Trepanacja czaszki i wycięcie kamienia powodować miało wyzdrowienie pacjenta. Historycy sztuki i medycyny nie są zgodni co do tego, czy operacje takie naprawdę miały miejsce. Ozdobny napis umieszczony na obrazie „Mistrzu, usuń szybko kamień. Na imię mi Lubbert Das” sugeruje jednak, że w swoim obrazie Bosch nawiązuje do tradycji tych zabiegów.

1. Umieszczenie w głowie pacjenta, w miejscu nacięcia czaszki, kamienia zamiast kwiatu.

Zgodnie z wierzeniami, to usunięcie kamienia, nie kwiatu z głowy pacjenta miało uleczyć go z szaleństwa. Badacze wierzą, że Bosch, umieszczając w głowie pacjenta kwiat, ziden-

tyfikowany jako odmiana tulipana, zaprasza widza do rozwiązania ukrytej zagadki lub zabawy słownej. Otóż, według niektórych badaczy, Bosch dopuszcza się tutaj gry słownej, jako że stare holenderskie słowa oznaczające tulipana i głupotę były do siebie bardzo zbliżone. W tym kontekście tulipan byłby tutaj nawiązaniem do kondycji psychicznej pacjenta.

2. Umieszczenie na stole białej lilii zamiast tulipana.

Gdyby na stole faktycznie leżała biała lilia, symbol czystości i niewinności, atrybut Marii, kłóciłoby się to z powszechnym średniowiecznym kojarzeniem szaleństwa z grzechem bądź opętaniem przez demony.

3. Zdjęcie lejka z głowy lekarza.

Lejek na głowie lekarza to, obok książki na głowie zakonnicy, jeden z najbardziej absurdalnych elementów obrazu Boscha, a jednak

malarz z premedytacją tam właśnie go umieścił. W XVI wieku odwrócony lejek traktowany był jako symbol oszustwa, możliwe jest więc, że tym samym malarz, kpiąc z lekarza, daje widzowi do zrozumienia, że ma do czynienia z szarlatanem.

4. Umieszczenie dużej drewnianej łyżki w lewej ręce zakonnicy.

Zakonnica starająca się utrzymać na głowie olbrzymią zamkniętą księgę wzbudza kontrowersję wśród historyków sztuki, prowokując skrajnie różne interpretacje. Podczas gdy jedni widzą ją jako symbol mądrości, stojący w opozycji do lekarza-szarlatana, inni upatrują w niej alegorii głupoty. Jeśli zakonnica trzymałaby w ręku dużą drewnianą łyżkę, to ten atrybut pozwalałby skłonić się znacznie w stronę tej drugiej interpretacji, jako że uważany był on za symbol głupców. Sam Bosch użył go w swoim obrazie „Statek szaleńców”. ■

◀ Znajdź cztery szczegóły różniące obrazy. Wskaż oryginał i postaw rozpoznanie.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do **15 listopada 2012 r.**

W temacie maila należy wpisać GL11. Proszę nie zapomnieć o podaniu danych kontaktowych.



WWW.TEATRkamienica.PL

SPONSOR KONKURSU

Dla dwóch osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, **Teatr Kamienica** ufundował dwa podwójne zaproszenia na grudniowy spektakl (termin do ustalenia w kasie teatru) „I tak Cię Kocham”.

NAGRODZENI

Za prawidłowe rozwiązanie zagadki z **GL10** nagrody otrzymują:

1. Marta Grzymkowska z Dobrego Miasta

2. Sandra Hałasa z Kamionki

Gratulujemy!

Hieronimus Bosch (niesygnowany), „Leczenie głupoty” (po 1490)





Agnieszka Kania

Zajrzeć do wnętrza

Niedawno pisałam o Grekach. Jak oni mało wiedzieli o wnętrzu człowieka. Bo nikt im nie podpowiedział, że można tam zajrzeć – ani żaden bóg, ani heros, ani nawet echo. Dopiero pod koniec średniowiecza zaczęto otwierać zmarłych. Zastanówmy się, dlaczego aż przez piętnaście stuleci (jedyne znane starożytności sekcje zwłok wykonywano w Aleksandrii w trzecim wieku przed Chrystusem) nie zaglądano do środka. Czyżby ze względów religijnych?

Rzeczywiście, w roku 1299 papież Bonifacy VIII wydał dekret „Detestande feritatis”. Potępiał w nim „okropny zwyczaj” rozdziału ciała i zamierzał położyć mu kres. Jego świątobliwość sprzeciwiał się dość powszechnemu obrządkowi ćwiartowania zmarłych przewożonych z miejsca na miejsce, kiedy śmierć przyszła daleko od domu. W akcie nie ma jednak ani słowa o sekcjach anatomicznych, a przecież wtedy zaczynało je praktykować.

Toteż Mondino de Liuzzi, profesor z Bolonii, w roku 1316, więc zaledwie kilka lat po ogłoszeniu dekretu, opisał w swojej „Anatomii” sekcje dwóch młodych kobiet. I nie bał się kary, dobrze wiedział, że nic mu nie grozi. Ale już Henri de Mondville, lekarz Filipa Pięknego i Ludwika X, skarżył się w „Chirurgii”, że potrzeba „specjalnego zezwolenia Kościoła rzymskiego”, aby móc wyjmować wnętrzności. Tak samo Guido Vigevano, doktor Joanny Burgundzkiej, w „Anatomia designata per figuras” ubolewa, że rzadko ma okazję robić sekcję, bowiem ciąży na niej kościelny zakaz. Czyżby opacznie odczytano papieski dokument, a może lękano się czegoś innego – zemsty z zaświatów?

Bo w średniowieczu zmarły nie był zupełnie zmarłym, zawsze mógł się rozmyślić i wrócić na ziemię. Uważano wtedy, że pierwsze chwile po zgonie nie tylko przesądają o losie duszy, ale także o przyszłości żyjących. Celebrowano więc rytuał przejścia. Najpierw należało ułatwić duszy opuszczenie ciała. Zdarzało się przecież, i to często, że duszyczka nie chciała się ruszyć, chowała

się w ciemnych zakamarkach, gdzie nikt by się jej nie spodziewał. Potrafiła wejść do ucha, kolana albo pępka. Chcąc mieć pewność, że wyszła, potrząsano umierającym lub wołano go po imieniu i szybko zamykano usta. Jej spryt nie znał jednak granic. Mogła się zmienić w muchę, karaluchę, motyla, gronostaja, wilka, lisa albo i ptaka (dusze starych osowiałych panien pohukiwały na drzewach). Mogła stać się duchem, marą i cieniem, a także płamą na suficie i gwiazdym pyłem. I marzyła o powrocie do ciała. Żyjący dbali o nią, gasili ogień, żeby się nie sparzyła, wylewali wodę z wiader, gdyż mogła utonąć, wynosili chleb na wypadek, gdyby – jakaś wygłodniała – schowała się do bochna. I zasłaniali lustro. Obawiali się chyba, że tkwiąca tam zabłąkana dusza może się zamienić miejscami z duszą kogoś, kto się nierozważnie przejrzy.

Opracowano też cały system otwierania oraz zamykania okien i drzwi, a nawet zdejmowania dachówek nad pokojem zmarłego. A wszystko po to, aby pomóc duszy ulecieć, aby się nie uwikłała, nie wpędziła w kłopoty ani siebie, ani tych, którzy pozostali przy życiu. Próbowano ją czasem przekupić, zaprosić na kolację, a potem wypowiedzieć formułę: „Duszo, skoroś się najadła i wypita, uchodź, uchodź...”

Ważne też było obwieszczenie śmierci rodzinie, przyjaciołom i zwierzętom. „Wasz pan nie żyje” – powtarzano w oborach, chlewach i kurnikach. I zasłaniano ule, wszak pszczoły mogły polecieć za duszą. Psy natomiast dowiadywały się ostatnie. Obawiano się, że szczekaniem przestraszą duszyczkę albo – co gorsza – ją pożrą. Potem czuwanie przy zwłokach, bo ci, którzy odeszli, błakali się po zaświatach, szukali dla siebie miejsca i zawsze mogli wrócić jako przyjaciele albo wrogowie. Myśl



Franciszek Starowieyski „Teatr Rysowania”
(obraz znajduje się w Muzeum Śląska Opolskiego)

o obecności umarłych, owych sobowtórów, którzy po ostatnim tchnieniu wciąż żyją, czegoś żądają i bywają napastliwi, była wszechobecna.

I tak powracamy do tamtej medycyny i prób poznania anatomii ludzkiego ciała. Czyżby średniowieczni medycy bali się naruszyć zwłoki, zanim się zakończy rytuał przejścia? Wiedzieli przecież, że dusza ulatuje po roku, dopiero wtedy można położyć kamień nagrobny i przypieczętować odejście. Żaden już rycerz Wilhelm, opowiedziany potem przez Gottfrieda Bürgera, nie przyjdzie po Lenorę, aby ją zabrać na cmentarz, gdzie ma dom „Zimny i ciemny, i w sam raz / sześć desek, dwie deszczulki”. Dopiero wtedy zemsta umarłych przestaje być groźna. Kończy się żałoba, można wreszcie zdjąć czarne ubrania i zacząć żyć jak dawniej. Lecz wówczas ciało jest rozebrane do kości i za późno na dotarcie do wnętrza.

A na obrazie Franciszka Starowieyskiego (1930–2009) leży trup – namalowany podwójnie: zaraz po śmierci i jako szkielet człowieka. Nad nim kiwa się lustro, takie wylupiaсте, najeżone kolcami oko. Odbija się w nim to, co ludzkie: przymioty i wady, słabości i walory, niedokończone rozmowy i szemrane sprawy. Czasem słychać śmiech lub pojękiwanie, jakieś żałosne skargi i lament. Może skryła się tam dusza i ostrzega uczonych przed rozdzieleniem ciała, zanim nastąpi przejście. ■

Autorka jest lekarką dentystką z Opola.

Uśmiech Polihymni

Pod koniec września odbył się I Ogólnopolski Festiwal Chórów Lekarskich.

Z inicjatywy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do Ostrowa Wielkopolskiego przyjechały zespoły chóralskie z Warszawy, Katowic, Olsztyna, Białegostoku, Szczecina i Poznania. Większość z nich jeszcze 2 czy 3 lata temu nie istniała. Tylko zespoły ze Szczecina i Olsztyna mają dłuższą historię. Śpiewacy to w zdecydowanej większości lekarze amatorzy. Lekarze różnych specjalności. Po pracy znajdują czas i siłę, by spotkać się i śpiewać...

Dlaczego to robią? Bo kochają muzykę, kochają śpiew. Prof. Ryszard Handke, prowadzący zespół ze Szczecina, powiedział, że śpiewakami kieruje potrzeba spotkania się w gronie ludzi wrażliwych, wyczulonych na piękno elity lekarskiej.

Dorota Działek-Szczepan, dyrygentka chóru z Katowic, dodała, że ludzie przychodzą do zespołu, bo potrzebują kontaktu ze sztuką, integracji, wyjścia poza zawodowe ramy. A kierownik artystyczny zespołu z Białegostoku, prof. Bożenna Sawicka, uzupełniła, że śpiewanie to cudowny relaks, że chórzyci nie są zainteresowani tylko własnym śpiewem. Oni kochają muzykę w ogóle. Są melomanami.

Uczestnicy byli zachwyceni pobytem. Podkreślali perfekcyjną organizację. I to, że ostrowskie spotkanie to nie tylko występy. To także rozmowy, wymiana doświadczeń, podpatrywanie innych i czasem uświadomienie sobie, ile potrzeba pracy, aby im dorównać... Dorota Działek-Szczepan stwierdziła, że istnieje coś, co nazwała kolorytem chóru. Nie chodzi o to, który zespół jest lepszy lub gorszy, ale o to, że każdy chór jest inny, ma coś indywidualnego – to jest właśnie koloryt. To wartość sama w sobie. Okazuje się, że utwór, który śpiewamy, można wykonać inaczej... Były także wykłady z historii muzyki i muzykoterapii, a także warsztaty z techniki śpiewu. Chwalono miejsca koncertów: forum Synagoga (jednej z dwóch w Europie świątyń żydowskich o wystroju mauretańskim) i nowoczesne Ostrowskie Centrum Kultury.

O potrzebie kontynuowania poznańskiej inicjatywy mówili wszyscy. Najlepiej w różnych miastach, w różnych salach. Otoczenie jest ważne dla wykonawców. Nie ma dwóch podobnych koncertów. Tymczasem powstają nowe chóry. Nikt lekarzom nic nie każe. Sami chcą. Gdy tyle fatalnych opinii słyszy się o dok-

torach, o dehumanizacji medycyny, o zaniku etyki, lekarze pokazują się wrażliwymi ludźmi. Zresztą czyż można być dobrym, współczującym lekarzem, nie będąc jednocześnie wyczulonym na muzykę? Chyba najpiękniejszą ze sztuk... Dobrze, że te potrzeby lekarzy wspiera samorząd, podkreślił prof. Krzysztof Bielecki, znakomity tenor z warszawskiego chóru.

Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, podczas koncertu finałowego mówił, że cała impreza to „ta mała blondynka o wielkim sercu, czyli Justyna Chełmińska. Ona wpadła na ten pomysł, a jak ona się uprze...”. Justyna jest lekarzem i kierownikiem poznańskiego chóru. Poprowadziła finał, w czasie którego połączone wszystkie chóry, wzmocnione Zespołem Kameralnym „Operacja Muzyka” z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (pod dyr. Dobrochny Martenki), wykonały „Titans” – temat z filmu „Aleksander”, skomponowany przez Vangelisa. Finał wart zapamiętania...

Do Ostrowa przyjechało 120 śpiewaków z sześciu okręgowych izb. Śpiewają coraz piękniej. Zwykle zamyślona Polihymnia zdobyła się na uśmiech... ■



Jeden z występów podczas I Ogólnopolskiego Festiwalu Chórów Lekarskich w Ostrowie Wielkopolskim

Woskowe serca za grosze

Polubiłam lisbońskie tramwaje. Te kanciaste wagony z drewnianymi drzwiami, które wspinają się na wzgórza i powoli z nich zjeżdżają.

Można tam spotkać starego marynarza z blachami na piersi i z twarzą pooraną bruzdami; porusza się jak wahadło, nie wysiadając na przystankach. Przysypia i w półśnie masuje skronie, skubie brwi, wykręca palce. Budzi się, liczy szczeliny w fasadach kamienic i znów zapada w drzemkę. I można zamienić kilka słów z pucybutem, który właśnie jedzie do pracy, wlokąc na plecach swój warsztat, i pozdrowić kelnerkę z mocno podkreśloną talią, i uśmiechnąć się do jej pryncypała – wąsacza.

W Lizbonie ściany domów maluje się w pepitkę albo okleja glazurą, takimi biało-niebieskimi płytkami w motywy kwiatowe. Tu „wszawie kino” (raj dla biedoty) sąsiaduje z kościołem pod wezwaniem Matki Boskiej od Uzdrawienia Chorych. Święta Panienka ma naturalne, sięgające do kolan włosy, a zakonnice rozczesują je grzebieniem z masy perłowej. Wierni natomiast znoszą do świątyni woskowe makiety narządów. Odkładają grosze, żeby w sklepie z dewocjonaliami kupić serca i wątroby, płuca, nerki i śledziony, krtanie, rzepki oraz nosy, a także uszy i oczy. Co dzień u stóp Madonny piętrzą się ich stopy. I przypominają o ludzkich bólach, wieczorem zaś zjawia się wikary, aby zrobić miejsce dla nowych organów.

To w tym mieście słucha się fado – pieśni o losie, oczekiwaniu, tęsknocie – i poszukuje się coraz to nowych znaczeń dla słowa saudade. Chyba trudno o lepsze miejsce na spotkanie lekarzy zajmujących się literaturą.

W ostatnim tygodniu września zjechali się tu doktorzy poeci i lekarze prozaicy z różnych stron świata: z Francji, Ekwadoru i Rumunii, Niemiec, Portugalii i Bułgarii, przybyli też Szwajcarzy i Polacy. Trzydzieści trzy osoby. Nie za dużo – powie ktoś – garstka zaledwie. Stąd też – jakby dla równowagi – dyskusje zaczynały się o świcie, a kończyły późno w nocy. I aż kipiło od metafizyki i fundamentalnych sporów, były rozmowy o starości i obietnicach, o etyce i niepełnosprawności. A także o sztuce, historii i słowach, które pomagają tworzyć relacje międzyludzkie lub je burzą. Bowiem temat przewodni spotkania to „Piękne słowa w medycynie”.

Goście czytali swoje opowiadania, eseje i wiersze w języku rodzimym oraz przetłumaczone na język obcy – o dziwo, wcale nie angielski. Tam

królują: francuski, niemiecki i portugalski. Zawszą padały pytania, jak mówić o sprawach krańcowych i o chorobie? Bo nazewnictwo medyczne jest bardzo dziwne. Postęp oznacza rozwój, zmianę na lepsze, kojarzy się z optymizmem, przezwyciężaniem trudności. A przecież postępujące schorzenie odbiera nadzieję i wolę życia, zmniejsza odporność na ciosy, potrafi zachwiać wiarę w wyzdrowienie. Osłabia brawurę – niezbędną w walce z bólami. Wraz z rozkwitem choroby pacjent traci siły, pogrąża się w lęk. A osłabienie i wyczerpanie stają się jego codziennością.

Dobra passa przypadłości oznacza zwijanie się zaatakowanego do grobu. Jej zaborczość nie zna granic – odbiera zdolność samodzielnego poruszania się, myślenia, oddychania. Poszukując słów określających niedomogi, mowa stanęła po niewłaściwej stronie. Współpracuje z patologią. Niemoc może się rozwijać, kroczyć, atakować, nawiedzać, posuwać się, ewoluować, przyspieszać, a równocześnie wyniszczać, sprawiać ból, przynosić cierpienie. Język chroni agresora. To dla niedyspozycji zarezerwowano przyjazne wyrażenia, synonimy ekspansji i powodzenia. Chory może co najwyżej poddać się leczeniu. A przecież słowo „podać się” zakłada klęskę. Nawet jeśli terapia się powiedzie, ozdrowieniec wychodzi z niej jako dożywny jeniec, uzależniony od badań, leków, dobrej lub złej woli przypadłości.

W Lizbonie słuchaliśmy różnych historii, takich prawdziwych i zmyślonych. I to gdzie! W pałacu

należącym do Stowarzyszenia Literatów, to znów w auli Alentejo, od podłogi aż po sufit ozdobionej rzeźbami i freskami, albo w stylowej willi – siedzibie portugalskich doktorów. To właśnie tam Harald Rauchfuss, prezes Światowej Unii Lekarzy Pisarzy, zastanawiał się nad różnymi obliczami śmierci, także tej uwewnętrznionej, a Andreas Steiner, chirurg ze Szwajcarii, opowiedział odejście kolegi lekarza. Ryszard Żaba, doktor z Zakopanego, próbował pokazać, jak blisko jest od zdrowia do kalectwa, natomiast Waldemar Hładki – chirurg z Krakowa, wyrecytował wiersze o podróżowaniu, ale takim z duszą na wierzchu. Ktoś docenił milczenie, ktoś inny odwagę odmawiania. Pojawili się i Otello, i czarna wdowa, i kot o imieniu Kitty, i nawet bengalski tygrys – przywołany przez Marię Jose Leal, organizatorkę lisbońskiej konferencji. Lecz najcenniejsze były rozmowy, żarty i dyskusje „pomiędzy” – na wycieczkach, kolacjach i podczas zwiedzania. Wtenczas to przywoływano Płock i kongres Światowej Unii Lekarzy, który się tam odbył przed dwoma laty. Wspominano profesora Marka Pawlikowskiego, prezesa UPPL, i Jarosława Waneckiego – niezapomnianego gospodarza tamtego spotkania. A może by tak pojechać do Krakowa? – wyrwało się komuś. Tam ponoć smoki zaglądają do kawiarni, a po mieście jeżdżą zaczarowane dorożki. „To nie jest nic takiego, dorożkę zaczarować” – opowiadał Gałczyński. „Dosyć fiakrowi w oczy błysnąć specjalną broszką...” albo legitymacją lekarską. ■



W Lizbonie słuchaliśmy różnych historii, takich prawdziwych i zmyślonych...

Czy tylko dla twardzieli?

XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w maratonie MTB, czyli Michałki, odbyły się 15 września po raz 9. w Wieleniu nad Notecią w Puszczy nad Drawą. Przyjechało 40 lekarzy oraz 13 przedstawicieli innych zawodów medycznych i studentów. Startowali razem z ponad pięciusetosobową rzeszą kolarzy górskich z całego kraju.

Puszcza nad Drawą jest przepięknym terenem do uprawiania tego sportu. Trasa poprowadzona jest w taki sposób, aby uczestnicy pamiętali, że to nie są mistrzostwa szosowe. Wymagający sporej kondycji i umiejętności jazdy w terenie dystans Mega 57 km, z którym nie poradził sobie pilotujący nasz wyścig motocykl Honda Africa (czterokrotny zwycięzca wyścigu Paryż-Dakar) i trzeba było dla niego organizować ekspedycje ratunkową, oraz dystans Giga 100 km wyłącznie dla twardzieli. Dla nich wiele krótkich zjazdów i podjazdów, wąskie ścieżki, piach, trochę błota, jagodziny i grzyby pod kołami. Wzdłuż jezior leśnych, po pofałdowanych łąkach i koleinach wyłobionych przez sprzęty drwali. Dystans 100 km po raz pierwszy był otwarty dla lekarzy. Zmierzyło się z nim tylko czterech

śmiałków z branży medycznej, a najlepszy z nich, Jakub Błachowiak z Leszna, z czasem 4 h 03 min był czwarty w wyścigu open spośród 58 zawodników, którzy „setkę” ukończyli.

O tytuły mistrza Polski na rok 2012 rywalizowali lekarze na dystansie Mega 57 km. I tak w mistrzowskich koszulkach mogą dumnie występować przez najbliższy rok: Katarzyna Klimala z Częstochowy, Edyta Swat z Przeźmierowa, Andrzej Łoś z Gdańska, Marek Prątnicki z Warszawy, Tomasz Kaczmarek z Wielenia i Lesław Grundkowski z Gdańska, którzy wygrali rywalizację w swoich kategoriach wiekowych.

Jednak Michałki to nie tylko ściganie dla harpagonów. Wielu uczestników wybiera dystans mini 34 km, dedykowany tym, którzy chcą spędzić czas na rowerze w pięknej okolicy. Na tej krótszej trasie również jest co podziwiać. Można robić ładne zdjęcia i mieć sporo frajdy z jej ukończenia, a na mecie, oprócz satysfakcji, pyszne drożdżówki, makaronik itp., puchary (w tym roku była niespodzianka), dyplomy, nagrody dla dekorowanych oraz losowane

w tomboli wśród wszystkich uczestników min przyczepa samochodowa.

Dla najmłodszych na stadionie przeprowadzane są zawody na rowerkach. W tym roku wystartowało w nich 110 dzieci, dla których przygotowaliśmy kilkadziesiąt nagród z wysokiej klasy rowerem ufundowanym przez Marka Słomczyńskiego – przyjaciela naszej imprezy. Dzięki wsparciu Naczelnej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej lekarze otrzymali gadżety michałkowe oraz ładne wiklinowe puchary.

Wszelkie informacje, fotki, film, wyniki itp. znajdują się na stronie www.maraton.wielen.pl. Tam również znajdziecie już niedługo informację, kiedy odbędą się przyszłoroczne mistrzostwa. Na pewno we wrześniu. Będzie to X Maraton Michałki, więc pewnie będą jubileuszowe niespodzianki oraz wszystko, co się sprawdziło przez ostatnie lata. Wiele czasu na przygotowania. Spytajcie tych, którzy byli, i przyjeżdżajcie. Nasza trasa oznakowana jest na stałe.

Dziękuję Izbie Lekarskiej za wsparcie i do zobaczenia za rok. ■

Zdjęcia i więcej informacji na www.gazetalekarska.pl.

Krzysztof Makuch

Dojrzały wiek lekarskiego brydża

Już po raz 18. o medale mistrzostw Polski rywalizowali lekarze w Warszawie.

Tegoroczne zawody, rozegrane 12-13 października, udowodniły siłę i klasę kobiecego brydża.

Po raz kolejny równolegle z mistrzostwami Mazowsza w brydżu sportowym lekarze w trzech konkurencjach walczyli o tytuły w już 18. MPL w brydżu sportowym. W ten sposób ta zapoczątkowana przez śp. senatora Henryka Krupę z Morągą impreza przeszła w wiek dojrzały. Od kilku lat miejscem rozgrywek po latach świetności Bogaczewa jest Warszawa dzięki wsparciu WZBS i MZBS. W tegorocznych rozgrywkach brało udział ponad 40 uczestników. Już od początku supremację w lekarskim brydżu udowodniły nasze panie, wygrywając piątkowy turniej na zapis maksymalny (Iwona Czajka z Ciechanowa i Halina Kaleta z Tarnowskich Gór) przed gospodarzami prof. Ewą Skopińską i Krzysztofem Makuchem oraz brązowym medalistą Jackiem Szwedem i Piotrem Ratajskim. Wprawdzie medale w turnieju na punkty meczowe przypadły

panom: Zbigniew Bera, Mariusz Mysłək – złoto, Andrzej Koziejowski, Wiesław Teresiński – srebro, Włodzimierz Niedolaz, Mirosław Kotowski – brąz; finałowy turniej teamów należał do Iwony i Haliny, które uzupełnione parą – Krzysztof Makuch oraz Grzegorz Kaleta, instruktor brydża młodzieżowego i działacz śląskiego okręgu brydżowego, rodzinie małżonki Haliny i ojciec młodzieżowych mistrzów Polski w brydżu – udowodniły swoją klasę, zdobywając złoto. Srebro w teamach przypadło prof. Ewie Skopińskiej z Marią Macieszczak i Wiesławowi Teresińskiemu z Andrzejem Koziejowskim, a brąz drużynie: Zbigniew Bera, Mirosław Kotowski, Andrzej Kaźmierczak, Igor Łobodziński. W prestiżowej klasyfikacji generalnej zwyciężyły ex aequo Iwona Czajka i Halina Kaleta, a brąz przypadł ich partnerowi ze śląsko-mazowieckiego zespołu Krzysztofowi Makuchowi. Wśród par

na podium za oczywiście Iwoną i Haliną brąz otrzymała prof. Ewa Skopińska. Medale Naczelnej Izby Lekarskiej wręczali prezesi warszawskiego Tadeusz Luzak i mazowieckiego związku brydża sportowego Włodzimierz Buze, uzupełnione pucharami i nagrodami rzeczowymi. Prezesi podkreślili wysoki poziom i „dojrzałość” lekarskiego brydża i obiecali wsparcie w następnych latach. Organizatorzy uhonorowali obu prezesów, niezawodnego sędziego Włodzimierza Rutkowskiego oraz uwieczniającego zmagania mazowieckich brydżystów Krzysztofa Siwka oraz mieszkającą w USA uczestniczkę zawodów Renatę Frutiger tytułami przyjaciół lekarskiego brydża. Należy liczyć, że w przyszłorocznych II mistrzostwach Polski zawodów zaufania publicznego lekarze udowodnią siłę lekarskiego brydża. ■

Zdjęcia i więcej informacji na www.gazetalekarska.pl.

Sport

Grzegorz Krzyżanowski

Na dwóch kółkach

Zakończenie Sezonu Motocyklowego „DoctorRRiders” 2012.



W ostatni weekend sierpnia odbył się, już po raz ósmy, zlot motocyklowy Klubu „DoctorRiders”, kończący i jednocześnie podsumowujący mijający sezon. Przybyło ponad 200 osób, jak zwykle część z rodzinami i bliskimi: ok. 180 motocykli. Spotkali się ponownie w Sulejowie w Ośrodku „Dresso”. Był to największy i towarzysko bardzo udany zlot. Walne w miarę spokojnie wątpliwości wyjaśnione, przyszły sezon zaplanowany: otwarcie – Kazimierz, „Poznaj swój kraj” – Wielkopolska, oczywiście Poraj, Baranów, no i zlot kończący sezon – Łódzkie.

Zaczęliśmy od novum – spotkania weteranów, czyli tych, którzy byli na pierwszym zlocie (większość z 42 uczestników odliczyła się). Wspomnienia, dyskusja nad dotychczasową działalnością klubu i jego przyszłością trwała kilka godzin. Potem oficjalnego otwarcia dokonał przez naszej izby, Grzegorz Mazur i w imieniu burmistrza Sulejowa – Jan Andrzejczyk, jego zastępca.

Przyjęliśmy 30 nowych członków i tradycyjnie wręczyliśmy puchary, które w tym roku otrzymali:

- Czesiu – „blacharz” za całokształt pracy włożonej w nasze „blachy” i znaczki na wszystkie imprezy klubowe,
- ekipa w składzie: „Złotko”, „Marita”, „Srebrzanka”, „Bart”, „Misiek”, „Cykli”, „Petros” i „Pejgan” za organizację rajdu – Kaszuby 2012,
- „Mannix” i Marek Zasadny – za Otwarcie Sezonu – Przemyśl 2012,
- Jacek Frasz za przyjazd najstarszym motocyklem (Junak z 1963 r.),
- „Iglak” z żoną Agnieszką Jodłowską za „Najbardziej oryginalną maszynę i jej załogę”,
- „Faust”, „Rod” i „Felka” za wspianą „Rajd Dookoła Polski”,
- Paulina Zarycka – „Mój pierwszy raz” (na motocyklu oczywiście),
- podziękowania dla Ilonki, Mariusza i całej ekipy z Częstochowy za „Poraj” 2012,
- dla „Mannixa” za Baranów 2011.

Wysłuchaliśmy również relacji organizatorów wypraw lekarzy do Etiopii, którzy tam wyjeżdżają celem leczenia, jakże biednej i potrzebującej pomocy miejscowej ludności, może wśród nas znajdą się chętni – serdecznie zachęcam.

Po tych uroczystościach zaczęła się zabawa przy grillu i wyśmienitym występie kapel do „białego świtu”. Kolejny dzień zaczęliśmy walnym, a ok 11.30 ruszyliśmy w drogę. Trasa liczyła ok. 150 km i prowadziła przez Piotrków, Wadlew, do 32. Bazy Lotnictwa Taktycznego w Teodorach k. Łasku. Migi, Su, F16 w wyobraźni, a przede wszystkim kapitan Marek Kwiatek (oficer prasowy bazy), który wyśmienicie opowiadał o współczesnej historii lotnictwa i nie tylko – wszyscy byli urzeczeni, a niektóre panie usilnie się z nim fotografowały. Pełni wrażeń ruszyliśmy dalej przez Łódź, Kruszów (gdzie czekały na nas olbrzymie schabowe) do Sulejowa.

200 motocykli w kolumnie to niepowtarzalny widok. Kolumna liczyła ponad 3 km i nigdy początek końca nie widział i odwrotnie. Nad bezpieczeństwem czuwali nasi „cornerzy”, ale przede wszystkim policjanci (w samochodach i na motocyklach) aż z 6 komend powiatowych: piotrkowskiej, bełchatowskiej, łaskiej, pabianickiej, łódzkiej i łódzkiej wschodniej. To oni zapewnili płynność jazdy, sprawność i bezpieczeństwo. Na marginesie – my też jeździmy coraz sprawniej: wielkie brawa, a dla policjantów „szacun wielki”.

Wieczór to ponownie pląsy, długie, długie rozmowy i przykra świadomość nieuchronnego końca zlotu. Do zobaczenia za rok!

Ta ze wszech miar udana i bezpieczna impreza dużo zawdzięcza organizatorom: Włodkowi, Eli, Uli i Bogdanowi, ale przede wszystkim jej uczestnikom – członkom i sympatykom Klubu „DoctorRiders” i ich najbliższym. To oni tworzą niezapomnianą atmosferę naszych spotkań. Wszystkim serdecznie dziękuję i do zobaczenia na trasie. ■

Konkursy na ordynatorów

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku w porozumieniu ze Śląską Izbą Lekarską w Katowicach ponownie ogłasza konkurs na stanowisko

■ Ordynatora Oddziału Urologicznego

Kandydaci powinni spełnić wymogi określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U.Nr 151 poz.896). Oferty należy składać w terminie 30 dni od daty ukazania się ostatniego ogłoszenia na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 44-200 Rybnik

ul. Energetyków 46

Z dopiskiem na kopercie „Konkurs na stanowisko

O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Dyrektor Okręgowego Szpitala Kolejowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Lublinie, ogłasza powtórnie konkurs na stanowisko

■ Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje określone w § 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U.Nr 44, poz.520) oraz złożyć dokumenty określone w § 11ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U.Nr 115 poz. 749 z późn. zm.) oraz 1 opracowanie pisemne koncepcji prowadzenia i rozwijania Oddziału (dane potrzebne do powyższego opracowania dostępne w zakładzie organizującym konkurs). Do opisu pracy zawodowej zaleca się skorzystanie z ankiety opracowanej przez Ko-

misję ds. Konkursów ORL w Lublinie.

Za dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe uważa się oryginały lub kopie uwierzytelnione. Oferty wraz z dokumentami należy składać w terminie 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej na adres:

Okręgowy Szpital Kolejowy Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 20-468 Lublin ul. Kruczkowskiego 21 z dopiskiem konkurs na stanowisko Ordynatora: Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz nazwiskiem, imieniem i adresem do korespondencji. Przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur w ciągu 60 dni od zakończenia przyjmowania ofert.

O miejscu i terminie przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni pisemnie.

DYREKTOR SZPITALA CZERNIAKOWSKIEGO SP ZOZ w Warszawie 00-739 Warszawa, ul. Stępińska 19/25 w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie ogłasza konkurs na stanowisko:

■ ORDYNATORA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Kandydaci zgłaszający się do konkursu powinni posiadać kwalifikacje zgodnie z rozp. Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2011 r. Nr 151 poz. 896) oraz rozp. MZ z dnia 17.05.2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 44 poz. 520 z późn. zm.), tj. tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny tj. z anestezjologii i intensywnej terapii (dla ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii) oraz min. 8 lat pracy w zawodzie.

Wskazane posiadanie tytułu naukowego lub stopnia doktora nauk medycznych.

Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów określonych w rozp. MZiOS z dnia 19.08.1998 r. (Dz. U. Nr 115, poz. 749 z późn. zm. w Dz. U. z 2000 r. Nr 45, poz. 530), tj. podanie, odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe, publikacje, dwie opinie o kwalifikacjach zawodowych oraz opinie z ostatnich 3 lat pracy lub świadectwo pracy zawodowej z okresu ostatnich 3 lat (w razie gdy stosunek pracy ustał lub został rozwiązany), oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe, oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwa-

lifikacje zawodowe kandydata.

Dokumenty należy składać w zamkniętej kopercie w Sekretariacie Szpitala Czerniakowskiego SP ZOZ, 00-739 Warszawa, ul. Stępińska 19/25, z adnotacją „KONKURS NA STANOWISKO ORDYNATORA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII”, z umieszczeniem imienia, nazwiska i adresu, w terminie 30 dni od daty opublikowania niniejszego ogłoszenia w Gazecie Lekarskiej. O terminie i miejscu przeprowadzenia konkursu kandydaci zostaną powiadomieni indywidualnie.

Praca / zatrudnię

Niemcy – atrakcyjne oferty pracy możliwość otwarcia lub kontynuowania specjalizacji www.promedicus.org 602-813-298

Zatrudnię stomatologa w okolicach Łomży. Umowa NFZ. Tel. 602300839.

Zatrudnię lekarza stomatologa z praktyką w Centrum Stomatologicznym we Wrocławiu. Wymagana własna działalność gospodarcza. Tel.: 535 361 364

Lekarza rodzinnego/internistę z dobrym angielskim do pracy w POZ w Cork (Irlandia) zatrudnię. bogusiarojek@eircom.net

NZO zatrudni lekarza w POZ powiat suwalski tel. 506-377-789

Nowoczesna klinika dentystyczna w Słupsku poszukuje do współpracy lekarzy dentystów, ortodontów, asystentek oraz higienistki. Pacjenci wyłącznie prywatni. Prosimy o CV z numerem telefonu na adres dariusz@rogowski.pl lub telefon 604258349. Istnieje możliwość wynajęcia w pełni umeblowanej kawalerki.

SP ZOZ Gminny Ośrodek Zdrowia w Dziadowej Kłodzie zatrudni lekarza pediatrę, lekarza internistę lub lekarza rodzinnego. Możliwość wynajęcia mieszkania o pow. ok. 90 m2 w budynku Ośrodka Zdrowia. (koło Sycowa, powiat oleśnicki). Tel. 062 785 17 12

ZOZ w Skarżysku Kamiennej zatrudni lekarzy. Szczegóły na stronie: www.zoz.com.pl

NZO Stomadent w Starogardzie Gd. zatrudni lekarzy stomatologów. Zapewniamy mieszkanie. 601657316, 602668026

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień upływa 7 dnia miesiąca poprzedzającego ukazanie się ich w druku. Ogłoszenia przesłane po tym terminie ukażą się w następnym miesiącu. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Konkurs na ordynatora 1700 PLN+ VAT 23%. Zatrudnię lekarza, drobne: 15 PLN za słowo + VAT 23%.

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

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. zatrudni dwóch urologów (IIO specjalizacji) lub lekarzy chcących specjalizować się w tej dziedzinie. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrektorem Szpitala pod numerem telefonu: 95 7331 222

Zatrudnię lekarza POZ. Mieszkanie służbowe, Przytyk koło Radomia tel.486180069

Zatrudnię stomatologa Koszalin zapewnię mieszkanie 609562083

Praca w POZ (posiadana lub otwarta specjalizacja), Lubuskie. Komfortowe mieszkanie. 601973855

Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Gostyninie, woj. mazowieckie zatrudni lekarza psychiatrę. Mieszkania nie zapewniamy. Więcej informacji pod nr telefonu 24 235 85 47 w godz. 8.00 - 15.00. Osoba kontaktowa: mgr Agnieszka Jędrzejczak.

NZOZ (podlaskie) - lekarza p. o. z., rezydenta med. rodzinnej (akredytacja) etat, mieszkanie. Tel. 664306196

Szpital w Rabce-Zdroju zatrudni lekarza w Oddz. Ch. Wewnętrznych. Możliwość specjalizacji w ramach etatu z chorób wewnętrznych lub diabetologii. Tel. 18 26 77 001

Szpital w Szczytnie na Mazurach zatrudni chirurgów, anestezjologów, pediatrów i internistów lub chcących się specjalizować w tych dziedzinach oraz lekarzy do Pogotowia Ratunkowego Tel. 695123999, 89 623-21-36

Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego zatrudni lekarza nefrologa do pracy w Oddziale oraz Poradni. Warunki pracy do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o wysłanie CV sekretariat@praski.waw.pl lub kontakt tel. (22) 555 12 22

Praca w POZ, zachodniopomorskie, blisko morza, tel. 722285566 po 18 e-mail lekarz08@wp.pl

Zatrudnię lekarza stomatologa. NFZ i prywatnie. Okolice Gorzowa. Kontakt 509608530

Dyrektor Health Resort & Madical SPA Panorama Morska 76- 107 Jarosławiec ul. Uzdrowska 15 tel. 094/ 34 82 770 dyrektor@panorama-morska.pl www.panorama-morska.pl ogłasza konkurs na stanowiska lekarzy POZ, rehabilitacji zatrudnienie od stycznia 2013r., możliwość mieszkania służbowego zarobki 8-15 tys. miesięcznie, wynagrodzenie 60-80 zł za godzinę w zależności od specjalizacji praca codziennie lub 3,4 dni w tygodniu od wiosny do jesieni dyżury nocne i świąteczne w sanatorium.

Consultant roles to England. Rheumatology, Radiology and Haematology. For more information please go on: www.optima-recruit.cz

SoftDent Stomatologia. Zatrudnię sympatycznego lekarza stomatologa, (osobne stanowisko, zapewnieni pacjenci), nawiąże współpracę z lekarzem ortodontą i chirurgiem w Jarosławiu. 607-572-720

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku zatrudni lekarza specjalistę chorób zakaźnych lub lekarza w trakcie specjalizacji z chorób zakaźnych do pracy w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym Szpitala Specjalistycznego w Sanoku. Zainteresowanych prosimy o kontakt: Nasz nr tel. 134656100 lub 134656310 ew. e-mail: drudy@zozsanok.pl

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. zatrudni dwóch specjalistów z zakresu chirurgii naczyniowej. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z Dyrektorem Szpitala pod numerem telefonu: 95 7331 222

Centrum Medyczne Galena w Bielsku-Białej poszukuje do współpracy lekarzy specjalistów w dziedzinach: chirurgia, urologia, ginekologia, dermatologia, endokrynologia, alergologia, pediatria. Kontakt: rekrutacja@cmgalena.pl lub 33/8162163

Zatrudnię lekarza dermatologa w prywatnym gabinecie w Mikołowie. Tel: 502379022

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim oferuje atrakcyjne warunki zatrudnienia dla lekarzy specjalistów, będących w trakcie specjalizacji lub chcących się specjalizować w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii, medycyny ratunkowej, psychiatrii. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt z Dyrekcją Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim. Kontakt: ZZOZ ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski, tel. 62 595 11 11, e-mail: szpital@szpital.osw.pl

Gabinet lekarski w Zagłębiu Ruhry (Herne, ze specjalizacją diabetologia) szuka lekarza/lekarke medycyny ogólnej do współpracy w gabinecie na pół etatu (20 godzin w tygodniu), elastyczne godziny pracy, wymagana znajomość języka niemieckiego, kontakt telefoniczny: +49 2323 50747, tel. komórkowy: +49 176 6335383. Osoba kontaktowa: Pani dr med. Irys Mitschka

NZOZ Dzierżoniowskie Centrum Specjalistyczne zatrudni lekarza ginekologa do pracy w przychodni 3 razy w tygodniu. Kontakt: 601 511 750 lub 502 342 018

Hartwig Laboratorium NZOZ w Piasecznie zatrudni lekarza medycyny pracy, pediatrę, kardiologa, radiologa. tel. kom. 602637732

Dermatologia z doświadczeniem zabiegowym. (22) 842 75 25

Zatrudnię radiologa, bezkonkurencyjne warunki, praca w domu, tel. 618425355

Przychodnia Lekarska ELMED w Szczytnie (woj. warmińsko-mazurskie) zatrudni: lekarzy do pracy w POZ (pediatria, choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna), lekarzy do pracy w specjalistycie (alergologia, ginekologia), lekarzy stomatologów. Kontakt: tel. 89 623 25 41 w godz. 8:00-15:00, e-mail: elmed@elmed.pl www.elmed.pl

Przychodnia Lekarska zatrudni lekarza do pracy w POZ w Pasymiu oraz stomatologa w Szczytnie (warmińsko-mazurskie) tel. 509-420-697

Przychodnia Rąbin w Inowrocławiu zatrudni internistę lub specjalistę medycyny rodzinnej w pełnym wymiarze godzin tel. (52)353-94-53

Ogłoszenia drobne

DRUKI MEDYCZNE www.pekamed.com.pl

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

www.ubezpieczenia.med.pl

Do wynajęcia Poradnia Stomatologiczna, 72, 2 gabinety w pełni wyposażone, RVG, klimatyzacja, monitoring. Zdjęcia na www.famident.pl. Tel. 691 081 668

Gabinet medyczny, 3 pomieszczenia, archiwum, ubikacje i poczekalnia do wynajęcia lub na sprzedaż w centrum medycznym w Łęborku woj. pomorskie. tel 605 472 872

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii zaprasza na szkolenia zakresu Diagnostyki USG jamy brzusznej i Cytodiagnostyki. Szczegółowe informacje na stronie http://usg.webd.pl/, tel. 606-350-328

Sprzedam pomieszczenia na gabinety lekarskie w Lublinie, atrakcyjna lokalizacja na dużym osiedlu, dobra komunikacja, parter, parking, standard wykończenia i cena do uzgodnienia, powierzchnia 250 m2 (istnieje możliwość podziału) CRH Żagiel Dom tel. 81/444 5 444

Wynajmę gabinety lekarskie w Centrum Warszawy, tel. 224032266

FACO WETLAB KONTAKT lecznica@vp.pl

Sprzedam gab. stomatologiczny lub udziały. Mysiadło. 605472200

Wynajmę gabinet stomatologiczny W-wa Bielany tel. 606 939 275

Sprzedam lokal usługowy 71 mkw warszawa - Białoleka, 604-945-545

Wynajmę lokal usługowy 120 mkw na cele medyczne warszawa- osiedle Wilno, 604-945-545

Klinikę medyczną w Warszawie sprzedam.

Budynek działającej kliniki ze sprzętem, wysoki standard, 2 bloki operacyjne chirurgii ogólnej, 10 łóżek, całodobowa opieka medyczna, opieka ambulatoryjna, 700m2 powierzchni. Cena do uzgodnienia. GSM 609-614-471

gabinet stomatologiczny mokotow 506 506 600

Sprzedam tanio USG Mindray DP 6600 - ksienkiewicz1960@wp.pl

WYNAJMUJEMY

profesjonalne i nowoczesne
GABINETY LEKARSKIE (konsultacyjno-
-zabiegowe) na określone dni lub godziny!!!
Warszawa – Mokotów tel. 694865845
dyrekcja@swissmedica.pl

Tanie chińskie ultrasonografy, Mindray, SonoScape, Chison, tel. 693999021

Elegancka, sympatyczna lekarka, wolna, lat 55/165cm z Poznania pozna odpowiedniego Pana. Tel. 608 103 235 po 20.00

Elegancka, sympatyczna prawniczka, wolna, lat 55/172cm z Poznania pozna odpowiedniego Pana. Tel. 531 024 983



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej
zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z województwa mazowieckiego
(wykonujących pracę lub zamieszkałych),
mających zarejestrowaną praktykę lekarską
lub zatrudnionych w mikro lub w małych przedsiębiorstwach
na szkolenia w ramach projektu:**

**„Lekarz – przedsiębiorca na mazowieckim rynku pracy.
Szkolenia kompetencyjne szansą
na wzrost konkurencyjności przedsiębiorstw branży medycznej.”**

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

Tematy szkoleń:

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

09-11-2012; 14-11-2012; 17-11-2012 (sobota); 20-11-2012;
02-12-2012 (niedziela); 07-12-2012; 16-12-2012 (niedziela).

„Techniki negocjacji-warsztaty”

17-11-2012 (sobota); 30-11-2012; 08-12-2012 (sobota); 15-12-2012 (sobota).

„Wystąpienia publiczne-warsztaty”

22 i 23-11-2012; 01 i 02-12-2012 (sobota-niedziela); 06 i 07-12-2012; 13 i 14-12-2012.

„Asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent-lekarz”

06-11-2012; 30-11-2012; 04-12-2012; 11-12-2012.

„Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu”

07-11-2012; 16-11-2012; 19-11-2012; 24-11-2012 (sobota); 27-11-2012;
01-12-2012 (sobota); 03-12-2012; 11-12-2012; 15-12-2012 (sobota).

**„Jak rozpoznać uzależnienie i jak skutecznie pomagać uzależnionym
(w tym swoim kolegom)?”:** 10-12-2012.

„Asertywna komunikacja lekarzy”:

15-11-2012; 21-11-2012.

Informacje i zapisy: www.pokl.nil.org.pl lub tel. 22 559 13 10, 22 559 13 44

Biurowisko projektu: Naczelna Izba Lekarska, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, ul- Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa e-mail: szkoleniaunijne@hipokrates.org

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza do udziału w bezpłatnych kursach
Szczegółowe informacje dostępne na stronie www.odz.nil.org.pl**



© Pim Ras

LEKARZE BEZ GRANIC PRZYJEŹDZAJĄ DO POLSKI

Wieczory informacyjne w następujących miastach:

6.11. w Krakowie 7.11. w Warszawie 8.11. w Poznaniu

Interesujecie się pracą LEKARZY BEZ GRANIC i chcecie się dowiedzieć więcej o nas? Może nawet sami chcielibyście pracować w projekcie za granicą i macie pytania na ten temat?

LEKARZE BEZ GRANIC zapraszają Was do udziału w wieczorach informacyjnych, podczas których przedstawimy naszą organizację, ukażemy Wam możliwości współpracy oraz opowiemy o osobistych doświadczeniach z projektów. Następnie będziecie mieli okazję by zadać pytania.

Do naszych projektów poszukujemy **lekarzy różnych dziedzin**, położnych, personelu pielęgniarskiego, diagnostyków laboratoryjnych, epidemiologów, psychologów i psychiatrów, aptekarzy oraz techników, koordinatorów personelu i administratorów finansowych.

Szczegółowe informacje o spotkaniach przez: dominika.solecka@berlin.msf.org

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

Tel.: +49 30 – 700 130 0

www.aerzte-ohne-grenzen.de



Praxis am Bahnhof, Dr. Ch. Zeller Rüti ZH (Kanton Zurich) Szwajcaria

Poszukujemy lekarza **specjalisty chirurgii plastycznej**, który zechciałby przez 1-3 dni w miesiącu wykonywać w naszej praktyce w Zürcher Oberland drobne zabiegi plastyczne. Zapewniamy kompleksową opiekę na czas pobytu oraz stałe uposażenie (warunki do uzgodnienia). Wymagania: - specjalizacja z chirurgii plastycznej - potwierdzona znajomość j. niemieckiego- poziom B2

Jesteśmy dużą, nowoczesnie wyposażoną praktyką w pobliżu Zurichu.

Więcej informacji na naszej stronie:

www.praxisambahnhof.ch,

Ewentualne szczegółowe pytania można przysyłać na adres: slawomirska@praxisambahnhof.ch

Zainteresowanych prosimy o pisemne zgłoszenia na adres:

**Praxis am Bahnhof, Dr. Ch. Zeller
Dorfstrasse 43
8630 Rüti ZH
Schweiz**

Organizacja
Konferencji „Genetyka
Nowotworów” Lublin
2012 była możliwa
dzięki wsparciu Firmy
Roche Polska



Polska Klinika w Londynie
Podjęcie Współprace z:

**ORTODONTA
IMPLANTOLOG
DERMATOLOG**

Wynagrodzenie: 100000 pln/m

Pomagamy w rejestracji GDC
Marek T. 00447506736076
www.the-medical-centre.co.uk
www.polski-lekarz.co.uk

**Sprzedam
oryginalny
Laser FRAXEL
RE:STORE®.**

Zakupiony
28.08.2009
u polskiego
dystrybutora
- Optopol
Handlowy
Bezawaryjny, bez
wad i usterek.
Poznań, kontakt -
609580534

**LEASING**

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

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

**ZATRUDNIMY LEKARZA STOMATOLOGA
TECHNIKA DENTYSTYCZNEGO**

Jesteśmy prężnie działającą prywatną kliniką stomatologiczną w Słubicach miejscowości położonej na granicy polsko-niemieckiej. Naszym pacjentom zarówno z Polski jak i Niemiec oferujemy usługi na najwyższym poziomie z zakresu stomatologii zachowawczej, chirurgii, protetyki, implantologii i ortodontacji. Posiadamy własną pracownię protetyczną. Oferujemy pracę w profesjonalnym i przyjaznym zespole oraz zapewniamy możliwość praktycznego doszkolenia w zakresie implantologii, protetyki i ortodontacji. Mile widziana podstawowa znajomość j. niemieckiego.

KONTAKT: 605 922 414

**ZAKOCHASZ SIE
W SZWAJCARII ??**

Lekarz specjalista (38/185/90), przystojny, pochodzenia polskiego, poszukuje atrakcyjnej koleżanki lekarki, jako partnerki zarówno w życiu jak i w swojej prywatnej praktyce lekarskiej o profilu estetyczno-kosmetycznym w Szwajcarii. Nie zastanawiaj się za długo, tylko napisz mi po prostu parę słów o sobie, swoim życiu oraz swoich planach i marzeniach, i wyślij razem ze zdjęciem: drdomewell@web.de

Medical Gate Germany

Niemieckie kliniki pilnie poszukują lekarzy asystentów i lekarzy specjalistów Medical Gate Germany oferuje wyjątkowy program typu full service z intensywnym kursem języka niemieckiego dla początkujących i zaawansowanych + doskonalenie zawodowe w niemieckiej klinice uniwersyteckiej + pośrednictwo pracy i pomoc w sprawach imigracyjnych. Więcej informacji pod www.medical-gate-germany.com (również w języku polskim) Nasza oferta jest wyjątkowa i konkurencyjna cenowo – przekonaj się sam!

Fundacja Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu zaprasza na kursy

z zakresu:

Echokardiografii

- w stopniu podstawowym:

14-18.11.2012r / 10-14.04.2013r

Informacje szczegółowe:

www.fundacjascss.pl

Kontakt i zapisy:

w.omyla@scss.pl b.smoter@scss.pl
tel. 601 171 074 tel. 32 3733 719



futura1

tel. (22) 883 12 88



PRACA DLA LEKARZY W NIEMCZECH

Jesteś lekarzem? Chcesz pracować w Niemczech? Dołącz do ponad 200 lekarzy, którzy od 2007 roku dzięki naszym bezpłatnym usługom rozpoczęli pracę w Niemczech.

POSZUKUJEMY LEKARZY

- Chcących rozpocząć/ kontynuować specjalizację
- Specjalistów

OFERUJEMY

- Pokrycie kosztów wyjazdu na rozmowę kwalifikacyjną do Niemiec
- Pomoc przy formalnościach oraz znalezieniu mieszkania
- Bardzo dobre warunki pracy w renomowanych szpitalach

Prześlij nam swoje CV na adres: kosmalski@futura1.pl Zapraszamy na naszą stronę: www.futura1.pl
zofiakosmalska@aster.pl

niezależny doradca bankowo-finansowy

25
banków

w jednym miejscu

kredyty to tu

Ponad 20 lat doświadczeń na rynku.

Oferta specjalna dla lekarzy

KREDYT do 300.000 zł na OŚWIADCZENIE bez dokumentów finansowych, bez ZUS i US

Długi okres kredytowania - nawet 120 m-cy NATYCHMIASTOWA decyzja kredytowa

DLA właścicieli NZOZ - kredyt INWESTYCYJNY, REFINANSOWY (korzystne oprocentowanie) nawet do 25 LAT Fachowe Doradztwo!

LEASING (finansowy i operacyjny)
w ofercie posiadamy aż 12 firm leasingujących
KREDYT samochodowy - oprocentowanie od 5,49%

Zadzwoń lub napisz, porozmawiajmy o Twoich finansach.

email: biuro@kredytytotu.pl
www.kredytytotu.pl



533 333 868
533 300 968
533 300 428

Zur Ergänzung unseres Ärzteteams suchen wir nach Vereinbarung je eine/n

SPITALFACHARZT/ÄRZTIN ASSISTENZARZT/ÄRZTIN

in der **KLINIK BETHESDA Tschugg** (ISO-zertifiziert)

Unsere Klinik ist ein Schweizer Referenzzentrum (140 Betten) für Neurorehabilitation, Bewegungsstörungen und Epileptologie – idyllisch gelegen zwischen Bieler- und Neuenburgersee.

Die Klinik ist als Weiterbildungsstätte für Neurologie sowie Neurophysiologie mit der Möglichkeit, ein in Europa anerkanntes EEG-Zertifikat zu erwerben sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation anerkannt.

Sie bringen mit:

- Als Assistenzarzt/ärztin bzw. Spitalfacharzt/ärztin eine begonnene bzw. abgeschlossene Weiterbildung (FMH oder äquivalente Ausbildung) zum Facharzt Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Teamgeist, Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Deutsch fließend in Wort und Schrift, Französischkenntnisse wünschenswert

Wir bieten:

- Hoch spezialisiertes Know How in der Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen
- State of the Art-Behandlung von postoperativen und chronischen neurologischen Krankheiten
- Langfristige Anstellung möglich
- Ein gut eingespieltes und dynamisches interdisziplinäres Team mit ausgezeichnetem Arbeitsklima
- Geregelte Arbeitszeiten
- Arbeiten in einer landschaftlich reizvollen Umgebung mit vielseitigem Freizeitangebot
- Auf Wunsch klinikeigene Wohnung vorhanden

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an Frau J. Zwahlen, Personalleiterin zwahlen.j@klinik-bethesda.ch. Bei Fragen zur Arbeitsstelle können Sie sich gerne direkt an den Medizinischen Direktor, Herrn Dr. K. Meyer (Tel. +41 (0)32 338 41 20) wenden.



Klinik Bethesda

Neurorehabilitation, Parkinson-Zentrum, Epileptologie
CH-3233 Tschugg BE
Tel. +41 (0)32 338 44 44
www.klinik-bethesda.ch
DIE KLINIK IM SEELAND





WIR IM THIEM BRAUCHEN VERSTÄRKUNG

Kennen Sie eigentlich den Spreewald?! Noch vor ein paar Jahren fuhren die Ärzte hier auf den Wasserwegen zu ihren Patienten. Das müssen Sie natürlich nicht! Dafür arbeiten Sie in einem der modernsten Großkrankenhäuser des Landes. Werden Sie Teil unseres Teams im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, medizinisches Hochleistungs- und Gesundheitszentrum einer interessanten Region zwischen Berlin und Dresden.

Für die Erweiterung des Teams unserer neu strukturierten interdisziplinären Zentralen Notaufnahme suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

FACHÄRZTE (M/W) FÜR CHIRURGIE / UNFALLCHIRURGIE, INNERE MEDIZIN ODER ALLGEMEINMEDIZIN

Sie sind in der Notfallmedizin erfahren, besitzen Organisationstalent, ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit sowie interdisziplinärem Denken und sind auf der Suche nach einer vielseitigen, anspruchsvollen und verantwortungsvollen Tätigkeit sowie einer langfristigen Perspektive?

Wir können Ihnen die besten Voraussetzungen bieten:

Eine interessante, anspruchsvolle Tätigkeit zu exzellenten Bedingungen – lukrative Vergütung! – an einem hoch modern ausgestatteten Arbeitsplatz, bei gutem Arbeitsklima mit flacher Hierarchie sowie Unterstützung bei der individuellen Fort- und Weiterbildung.

Das ausführliche Aufgaben- und Anforderungsprofil finden Sie unter:

[http://www.ctk.de/
Stellenangebote](http://www.ctk.de/Stellenangebote)

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an:

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Personalabteilung
Thiemstraße 111
03048 Cottbus

Mehr über unser Haus erfahren

Sie im Internet unter:

www.ctk.de



**Carl-Thiem-Klinikum
Cottbus**



In der Kardiologischen Fachklinik des Herz- und Kreislaufzentrums
Rotenburg a. d. Fulda – Direktor: Prof. Dr. med. C. Vallbracht – sind
zum nächstmöglichen Zeitpunkt zwei

Assistenzarztstellen (m/w) Weiterbildung Kardiologie

zu besetzen.

Unser Zentrum verfügt über die volle Kardiologische Weiterbildung (drei Jahre) sowie ein Jahr Weiterbildung in der Inneren Medizin. Neben der Akut-Kardiologie (132 Betten, 4 Herzkathetermessplätze mit 24-Stunden-365-Tage-Dienstbereitschaft, 1 EPU Messplatz, 1 Angiologiemessplatz, Schrittmacher- und Defi-Ambulanz, Intensivstation mit 12 Betten und angeschlossener Intermediate-Care-Station,



modernster Hybrid-OP gemeinsam mit der Herzchirurgie) sind in der Klinik die Herz- und Gefäßchirurgie, eine Kardiologische Rehaklinik, eine neurologische Akutklinik mit Stroke Unit, eine neurologische Rehaklinik und eine Rehaklinik für orthopädische und traumatologische Patienten integriert.

Bei Rückfragen steht Ihnen unser Oberarzt Dr. med. Pawel Staszewicz gerne zur Verfügung – Tel. +49 (0) 66 23 – 88 - 61 42, p.staszewicz@hkz-rotenburg.de.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

Prof. Dr. med. C. Vallbracht, Direktor der Kardiologie
Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a. d. Fulda
Heinz-Meise-Straße 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda
Tel. +49 (0) 66 23 – 88 - 60 10, www.hkz-rotenburg.de

10. ANDRZEJKI GASTROENTEROLOGICZNE

„Problemy kliniczne
w codziennej praktyce gastroenterologicznej”

odbędą się w sobotę 1 grudnia 2012 r. w Sali Kameralnej Filharmonii Narodowej w Warszawie.

Uczestnicy wspólnie z ekspertami analizują ciekawe przypadki chorób układu pokarmowego. Ponadto będą wykłady, pokazy endoskopowe i quizy z nagrodami! Punkty edukacyjne!

Program przygotowuje zespół Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii CMKP w Warszawie.

Koszt uczestnictwa: 200 zł.

Szczegółowy program i formularz zgłoszeniowy:
www.pfgastro.pl

e-mail: biuro@pfgastro.pl

tel/fax: 22 8482893

Jesteś lekarzem? Szukasz ciekawej pracy?



**Chcesz otrzymywać
oferty pracy
zgodne z Twoimi
kwalifikacjami?**

Zarejestruj się na stronie
www.neshealthcare.pl
lub wyślij swoje CV
rejestracja@neshealthcare.pl

☎ 22 292 68 32

☎ 22 292 68 33

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



edumedical
expert w szkoleniach

zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na kursy z medycyny estetycznej

Najbliższe szkolenia:

w Poznaniu	
24.11.2012	mezoterapia i lipoliza iniekcyjna
25.11.2012	wolumetria - modelowanie owalu twarzy
08.12.2012	kwas hialuronowy
09.12.2012	toksyna botulinowa

we Wrocławiu	
10.11.2012	kwas hialuronowy
01.12.2012	toksyna botulinowa
11.11.2012	toksyna botulinowa
02.12.2012	toksyna botulinowa

w Łodzi

Nowe terminy na styczeń 2013 dostępne na stronie www.edumedical.pl

edumedical.pl

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



www.pro-medicus.org

poszukujemy pilnie lekarzy specjalistów zainteresowanych podjęciem pracy w Niemczech, w klinikach lub centrach medycznych (lecznictwo otwarte); posiadamy również oferty objęcia stanowisk ordynatora lub zastępcy ordynatora.

Poszukujemy również lekarzy zainteresowanych otwarciem lub kontynuacją specjalizacji.

Posiadamy oferty umożliwiające uzyskanie subspecializacji na terenie Niemiec.

Obecnie poszukujemy lekarzy zainteresowanych pracą w następujących kierunkach medycznych:

1. Anestezjologia i Intensywna Terapia
2. Chirurgia ogólna
3. Chirurgia naczyniowa
4. Chirurgia klatki piersiowej
5. Chirurgia dziecięca
6. Chirurgia plastyczna
7. Chirurgia twarzowo-szczękowa
8. Interna - Gastroenterologia, Kardiologia, Diabetologia, Pulmonologia, Geriatria
9. Kardiologia
10. Ginekologia i położnictwo
11. Neurologia
12. Neurochirurgia
13. Onkologia
14. Ortopedia, chirurgia urazowa
15. Patologia
16. Pediatria
17. Psychiatria i psychoterapia
18. Psychiatria i psychoterapia dziecięca
19. Psychosomatyka
20. Radiologia
21. Rehabilitacja ortopedyczna
22. Rehabilitacja neurologiczna
23. Rehabilitacja kardiologiczna
24. Rehabilitacja medyczna
25. Urologia

Bardzo chętnie postaramy się również uzyskać miejsce na specjalizację lub subspecializację zgodnie z Państwa oczekiwaniami.
Jesteśmy firmą z wieloletnim doświadczeniem w zakresie organizacji dla Państwa pracy i specjalizacji w Niemczech. Chętnie udzielimy Państwu naszej nieodpłatnej pomocy na każdym etapie naszej współpracy. Pomozemy Państwu w załatwieniu wszelkich formalności.

Informacje: telefon 0602 813 298

E-Mail info@pro-medicus.org

Zapraszamy Państwa serdecznie do współpracy z nami.

KREDYT GOTÓWKOWY DLA LEKARZY

DO KWOTY 200 000 zł
Bez zabezpieczeń i poręczycieli

Posiadamy unikalny proces
analizy zdolności kredytowej

WYSTARCZY PRZEDSTAWIĆ
DOWÓD OSOBISTY ORAZ WPIS DO EDG

Natalia Ratajczak
Tel. 530 777 170, 784 408 531



Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir eine/n

Fachärztin / Facharzt
für Augenärztliche Gemeinschaftspraxis in Sachsen (b. Leipzig)

für eine konservative Tätigkeit (Grundbetreuung) in einer operativen GP-Praxis mit 4 KV-Sitzen. Die anderen 3 Kollegen sind auch als Operateure tätig. Weitere Info finden Sie auf www.karriere-in-deutschland.de/arzt unter der ID-Nr. 754. Bitte nehmen Sie den ersten Kontakt mit unserem Berater Herrn Dr. Tadeusz Borzych auf: Tel. +49 (0) 2871 18 97 52-0

E-Mail: arzt@karriere-in-deutschland.de

WYDZIAŁ LEKARSKI AM W WARSZAWIE, ROCZNIK 1956-1963

Odnowienie dyplomu lekarskiego po 50 latach w siedzibie Rektoratu WUM dnia 8 czerwca 2013 r. Koszt uczestnictwa (msza św., wręczenie dyplomu, poczęstunek na terenie Rektoratu) 200 zł. Wpłaty do 31 grudnia 2012 r na konto PKO Bank Polski SA nr 691020 1055 0000 9402 0290 5909, z dopiskiem „odnowienie dyplomu 1963”. Informacje i zgłoszenia: Kazimierz Nawrocki – (22) 728 87 04, 604 521 9 44, adres: 05-800 Pruszków, ul. Kosynierów 17; Maja Chądryńska – (22) 758 07 80, 502 021 232, e-mail: majka.pen@gmail.com; Teresa Barłóg-Kazimirska – (22) 813 44 97, 503 679 346; Janina Żuprańska-Romankiewicz – (22) 613 33 04, 692 432 995. W zgłoszeniu prosimy podać: imię i nazwisko (a koleżanki również nazwisko panieńskie), datę urodzenia, nr dyplomu lekarskiego, adres korespondencyjny, telefon.

POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE PRZYPOMINA

Zgodnie z uchwałą Polskiego Towarzystwa Lekarskiego zaakceptowaną na Ogólnopolskim Zjeździe PTL w Częstochowie w 2006 r. absolwenci uczelni medycznych będący członkami studenckich kół naukowych stają się automatycznie członkami PTL-u, bez konieczności poparcia przez osoby wprowadzające. Jednocześnie, zgodnie ze statutem, są przez dwa lata zwolnieni z płacenia składek (96 zł rocznie).

SLP LEKARZU! SLP

Masz I st. specjalizacji.
Napotykasz ograniczenia
w możliwości dalszej
pracy zawodowej.

Zgłoś się do nas.
Przystąp do
Stowarzyszenia Lekarzy
Polskich.

S L P



**NOWOŚĆ !!!
SPIROMETR
LUNGTEST Mobile**

**SPIROMETRY
ERGOSPIROMETRY
RHINOMANOMETRY
PULSOKSYMETRY**

**SZKOLENIA
SPIROMETRYCZNE**



**MES Sp. z o.o. • 30-390 Kraków • ul. Zawila 56 • e-mail: mes@mes.com.pl
tel./fax (012) 269 02 09, 263 77 67, 262 01 66, 262 01 71 • www.mes.com.pl**

Mieszkania gotowe z gwarancją wynajmu!

Dochód 8% rocznie



- poszukujesz alternatywy dla emerytury,
- myślisz o dorastających dzieciach,
- aktualnie posiadasz zdolność kredytową,
- chcesz zarabiać bezpiecznie i więcej niż na lokacie

Triton Development S.A.
ul. Grójecka 194, Warszawa
e-mail: kontakt@tritonpark.pl
www.tritondevelopment.pl

tel. 22 393 62 00



Jarosław Wanecki

Wieczny dyżur

Pani doktor miała zawsze pod gabine-tem tłum pacjentów. Wracała z pracy na oddziale i rozpoczynała przyjęcia, wizyty domowe. Zawsze w pogotowiu, niezależnie od pory roku czy doby. Takie były czasy. Inne wyzwania, dylematy, priorytety. Emeryturę spędziła samotnie, na uboczu, schorowana, bez najbliższych, których wcześniej pochowała, pożegnała, opłakała. Na drzwiach tabliczkę prywatnej praktyki zamieniono na wizytówkę z imieniem i nazwiskiem, a pewnego jesienno-ego dnia skromny nekrolog, odręcznie wypisany przez właściciela zakładu pogrzebowego z sąsiedniej ulicy. Standardowy.

Na pogrzeb przyszło kilka starszych pań w czerni i jeden pan z laseczką. Ksiądz pomodlił się za duszę, a w pożegnaniu wyraził nadzieję na wspólne spotkanie w wieczności. W jednym zdaniu, obok imienia i nazwiska wypisanego na małej karteczce przez opiekę społeczną, dodał słowo „lekarz”, ale nikt nie zapytał: jaki, skąd, gdzie, jak długo? A przecież jeszcze kilkanaście lat temu, kiedy ktokolwiek w miasteczku wymówił zdanie, że trzeba posłać po lekarza, wszyscy wiedzieli, do jakich drzwi należy zapukać, bo zawsze stały otworem, poradą, lekarstwem, czasem bolesną prawdą, uściśnięciem dłoni czy bezradnością wobec choroby i śmierci.

W niewielkim mieszkaniu, złożonym z kuchni, małej sypialni, jadalni, schlud-

nej łazienki, gabinetu i przedpokoju, który przez kilkadziesiąt lat był poczekalnią nadziei, znaleziono kilka starych sprzętów, biurko wypełnione pożółkłymi kartkami, małą biblioteczkę z książkami opisującymi symptomy, ryciny topografii wysypiek skórnych i narośli. Na ścianie wisiały krzyż i zakurzony od nieużywania fartuch na wieszaku, z którego kieszeni wystawała lira starych słuchawek połączona sparciętymi rurkami z lejkiem do osłuchania serc.

Panią doktor pochowano w ziemnym grobie z niewielką tabliczką, na której już po raz ostatni napisano imię i nazwisko z niezgrabnym, pospiesznym dopiskiem „lekarz”. Obok klepsydry pan z laseczką położył chryzantemę, a starsza pani zapaliła maluteńki znicz, najmniejszy z asortymentu „ku pamięci” proponowanego pod cmentarzem komunalnym. „Anielski pochod” zagłuszył deszcz i wiatr. A życie potoczyło się dalej, i dalej...

„Szanowna Pani Doktor, której imię i nazwisko zatarł czas, piszę do Pani podziękowanie za trud ratowania ludzkiego zdrowia i życia, za gotowość pomagania, godność zawodu, skromność i takt. Odeszłaś na wieczny dyżur, a my w łańcuchu pokoleń nieudolnie spełniamy Twój niemy testament...” ■

Autor jest przewodniczącym kolegium redakcyjnego „GL”.

Panią doktor pochowano
w ziemnym grobie
z niewielką tabliczką,
na której już po raz
ostatni napisano imię
i nazwisko z niezgrabnym,
pospiesznym
dopiskiem „lekarz”.

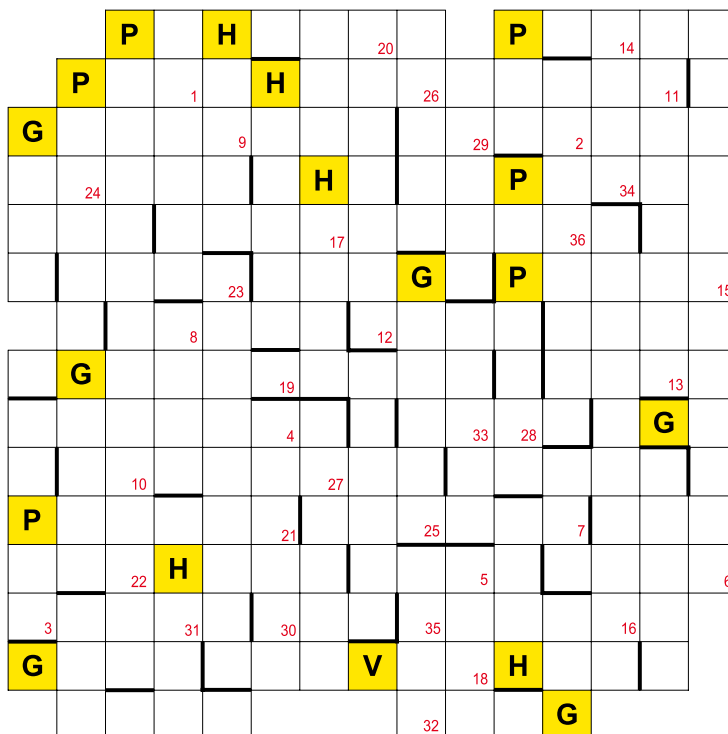
Jolka lekarska 182

Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G, H, P i V. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Należy je przesłać na karcie pocztowej lub e-mailem na adres redakcji do 10 grudnia 2012 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji).

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 180 („GL” nr 9/2012) Prawdziwa wiedza to znajomość przy- czyn. Francis Bacon

Nagrody otrzymują: Gabriela Handzlik-Orlik (Katowice), Ewa Stachowiak-Binarsch (Gniezno), Ingrid Wenzel (Żukowo).

Nagrodami za prawidłowe rozwiązania są książki wydawnictw: α-medica press, NOIR SUR BLANC, Urban & Partner. Nagrody prześlemy pocztą.



* mycosis * wręcza medal Sprawiedliwy wśród Narodów Świata * małe jasne * nasz wydawca * ziemna, np. susówka * Łazurowe Wybrzeże * zamiata podwórze * lacrima * Stefan, założyciel Teatru Ateneum * wielodźwięk z dźwięków położonych blisko siebie * jest w złym guście * ptak ozdobny z Indii * graniczny prawy dopływ Łaby * beztalencie * między indem a antymonem * potomek Lecha * zasiadają w ratuszu * napelniaj a formy ciekłym tworzywem * proste białko z argininy i lizyny * imię Cembrzyńskiej * odejście pociągu ze stacji * solny lub pruski * stolica stanu Kansas * więcej niż jedna * włoska altówka * surowy tryb życia * autor „Timura i jego drużyny” * zrzesza rzemieślników * ma jasnofioletowe, owłosione kwiaty * mniejsza od Ładogi * cenne drewno z drzewa hurma * 100 lat * perfrigeratio * Zorba * twórca Pana Samochodzika * organizacja państw Afryki * tętnica główna * liguryjskie uzdrowisko z festiwalem piosenki * żeński, męski lub częstochowski * papuga popielata * przesada * nieuk, ignorant * rzeka z doliną u Miłosa * koagulacja * sprawca wojny trojańskiej * angielska dziewczyna * zwisają w marcu * borówka bagienna, pijanica * królestwo Serbów, Chorwatów i Słowenów * radziecki kaem * gościec przewlekły * grupa oaz w pn.-zach. Egipcje * przesadne wyrażenie myśli i uczuć * przeciwieństwo małych * głośna piewиковата * płynie w Bernie * rakiety, fajerwerki * czapka z bajki * przyczyna (łac.) * pierwszy komputer na świecie * powab, uroda * elektroencefalogram * włókno syntetyczne na sieci * żywica do pieczętowania * ogrom, mnóstwo * pd. ramię delty Renu * barwa tkanin wojskowych * białko rogów i paznokci * Czesław, organizator Tour de Pologne * furunculus

BJER

Wydawca: Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich
bezpłatnie
Nakład: 160 700 egz.

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

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

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

Redakcja:
Urszula Bąkowska
Tel. (22) 558 80 40
Fax (22) 558 80 42
u.bakowska@gazetalekarska.pl
redakcja@gazetalekarska.pl

Stale współpracują:
Artur Andrus (Warszawa)

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

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

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

Ogłoszenia:
Michał Ostaszewski
Tel. (22) 559 13 26, Fax (22) 558 80 42
m.ostaszewski@gazetalekarska.pl

Skład i łamanie: **Grzegorz Sztank**

Druk: **Drukarnia QuadWinkowski**

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

