

6-7 2009

Gazeta
Lekarska
Pismo Izby Lekarskich
94 12 20 60 1551

Exemplarz bezpłatny



**Więcej
ruchu
mniej brawury!**

REKLAMA

REKLAMA



Jakoś tam leci

Muszę przyznać, że pojęcie o ekonomii mam marne. W końcu tylko na medycynie jej nie nauczano. Dowiedziałem się ostatnio od nie lada fachowców, że inflacja w Polsce wciąż rośnie, a tymczasem w „bratniej” Wielkiej Brytanii i Północnej Irlandii właśnie rozpoczęła się deflacja, czyli ceny obniżyły się w stosunku do analogicznego okresu w ubiegłym roku. To ciekawe, bo i u nas, i na Wyspach nie płaci się w euro. Okazuje się, że to owszem ciekawe dla mnie, ale nie dla kandydatów do Parlamentu Europejskiego. Nikt z nich mi tego nie wyjaśnił. Ciekawe dla nich jest tylko to, kto ma większy bilbord przy drodze i kto nim skuteczniej zasłoni równie przewrotną propagandę konkurencji, a przede wszystkim schowa za nimi problemy i potrzeby naiwnych obywateli, po cichu wzdychających do wolnościowych zdobyczy Europy. Po raz pierwszy od dwudziestu lat targnął mną dylemat, czy mój udział w takich wyborach jest komukolwiek potrzebny.

Mija właśnie 20 lat, od kiedy nasz piękny kraj rozstał się na dobre z komunizmem i wszedł na drogę wolności i demokracji. Pamiętam atmosferę i entuzjazm tamtych dni, sam byłem ich uczestnikiem. Dziś słyszę, że dla jednych są one czasem chwały, dla innych zdrady i kolaboracji. Nie mam ochoty brnąć przez morze błuźnierstw i recenzować tych niemądrych sądów. Powiem wprost: Czwartego Czerwca całkowicie odmienił moje życie, bo zakończył definitywnie długoletnią, mroczną noc stanu wojennego, obłudną i beznadziejną. Jako człowiek czuję się dziś wolny, ale jako lekarz i pacjent jestem rozczarowany, rozżalony, a chwilami wściekły. Wszystko się w Polsce zmieniło, oprócz szpitali, które pozostały bastionem braku normalności. Chylę czoło przed farmaceutami, dentystami, weterynarzami i lekarzami POZ, którzy bohatersko i solidarnie rozerwali kajdany socjalistycznego dziedzictwa. Tymczasem prezydent Lech Kaczyński na każdym kroku podkreśla, „że zdrowie jest na tyle ważne, że zagadnienia z nim związane nie mogą zależeć tylko od reguł rynku”. Pani minister zdrowia zaś filozoficznie zauważa, że „w Polsce nikt nie umiera na ulicy” i zapewnia, że „mimo ciągłego niedofinansowania, sytuacja zdrowotna w Polsce się poprawia”. Zdrowie Polaków nie zdołało się wymknąć z okopów doraźnej walki politycznej. I jakoś tam leci...

Po dwudziestu latach nie słabnie nagonka na lekarzy, tyrających od rana do wieczora w pościgu za godziwym groszem. Ostrza ataków w iście ubeckim stylu wymierzone są w lekarzy, którzy tak jak ci z Ciechanowa na Mazowszu odważyli się nie zgodzić się na bezprawne obniżenie ich wynagrodzeń. Tylko w zgiełku kampanii nienawiści nie sposób przeprowadzić rzeczowej dyskusji. Zwykli ludzie, czyli nasi pacjenci, nie zdają sobie sprawy, że jedną z głównych zasad funkcjonowania służby zdrowia w Polsce jest wyzysk personelu medycznego. Każdy sprzeciw wobec tej zasady zagraża władzy prawdziwą katastrofą.

Krytyce poddaje się izby lekarskie i po omacku szuka winnych wśród ich długoletnich aktywistów. Słabiutka frekwencja w wyborach do samorządu lekarskiego na poziomie podstawowym dowodzi piętrzenia się wzajemnych pretensji. Czyżby gdzieś uszło z nas powietrze? Zacierają ręce ci, których ciągle świerzbi, żeby nam przykręcić śrubę. Niestety, wśród nich są lekarze, którzy gdzieś postradali swój honor, w zamian za apanaże. Samorząd lekarski przeżywa kryzys braku liderów i autorytetów. Bo często obrażeni profesorowie i ordynatorzy nie chcą udzielać się w izbie. Dlaczego? Bo nie zaspokaja ona ich próżności i za rzadko wybiera na prezesów. A może ci państwo okazałoby tak więcej pokory! Są przecież mistrzami, autorytetami w swoich dziedzinach, mogliby tak wiele zrobić dla środowiska. Wiem, że wielu profesorów z mojego pokolenia i młodszych myśli inaczej, bo po prostu nowocześniej. Warto im kibicować. Samorząd to nie są jakieś lekarskie salony, izba jest tam, gdzie pracują lekarze. Zacisze każdego szpitalnego lekarskiego pokoju czy zaulka, to też izba i miejsce, gdzie o wszystkim lekarze, bez wywekowania na zewnątrz, mogliby sobie opowiedzieć. Gdyby chcieli, a nie tylko mówili, że... jakoś tam leci.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Tryumf samorządu	4
Okiem Prezesa	5
Zabrakło nowelizacji dyrektywy	6-8
Pajęczna sieć	10-11
Państwo opiekuńcze na trzy sposoby	12
Lekarz nie powinien palić	14-15
Człowiek, który leczy innych, musi być trzeźwy	16-17
U stomatologów	18-21
Uporczywa terapia w kardiologii	22-23
Przychodzi lekarz do prawnika	24-25
Portrety w pasiaku	26-28
Mało, a nawet za dużo	30-31
Lekarski sport	34-36
Książki nadesłane	38-39
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	40
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	44-58
Ogłoszenia różne	58-60
Program TVN Med.	61

Biuletyn NRL 41-43

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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

Tryumf samorządu

Agnieszka Katrynicz

Wbrew wcześniejszym zapowiedziom resortu zdrowia liczba okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarek i położnych pozostanie bez zmian.

Zgodnie z przygotowanymi przez resort zdrowia projektami ustaw o izbach lekarskich oraz o samorządzie pielęgniarek i położnych ich liczba miała być dostosowana do podziału administracyjnego Polski. To oznaczało, że zamiast 22 izb lekarskich i 45 pielęgniarskich miało działać po 16 izb. Resort zdrowia (oficjalnie) argumentował swoją propozycję tym, że poszczególne izby skupiają zbyt małą liczbę członków, a to wpływa chociażby na niewielką liczbę spraw, jakimi zajmują się rzecznicy odpowiedzialności zawodowej czy sądy zawodowe. Jak zapewnia ministerstwo rezygnacja z likwidacji części izb to wynik konsultacji społecznych nad projektami ustaw przewidującymi takie rozwiązanie. – Nadal uważamy, że powinno dojść do zmian organizacyjnych w izbach – mówi Jakub Gołąb, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia.

Jednak jak się udało nieoficjalnie dowiedzieć „Gazecie Lekarskiej” oba projekty zostały ze sobą „powiązane”, tzn. likwidacja małych izb lekarskich miała nastąpić tylko wtedy, gdy na zmiany zgodziłby się samorząd pie-

lęgniarski. – Właśnie ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych miała jako pierwsza trafić do Sejmu. Jednak opór przed likwidacją izb był tak duży, że postanowiliśmy się z tego wycofać – mówi nam jeden z wysokich urzędników ministerstwa.

Zgodny opór

Rozwiązanie proponowane przez resort zdrowia zostało ostro skrytykowane przez obydwie samorządy zawodowe. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki twierdzili, że to zamach na ich niezależność.

– Takie pomysły, by dopasować izby do województw pojawiały się już kilkakrotnie – mówi Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. – Nie rozumiem dlaczego, skoro w dziś istniejących strukturach samorząd działa sprawnie.

– Odgórna decyzja o likwidacji części niezależnych izb mogłaby naruszać konstytucyjną zasadę pomocniczości państwa – dodaje Beata Żółkiewska, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (OIPiP) w Chełmie.

Śląski Dom Lekarza Seniora

Na lekarzy seniorów czeka 30 miejsc w 14 pokojach jednoosobowych, 6 pokojach dwuosobowych oraz 2 mieszkaniach.

Pierwsza wzmianka o potrzebie pozyskania przez Śląską Izbę Lekarską miejsc do zamieszkania przez lekarzy seniorów pojawiła się w 1997 r. Potem trwały poszukiwania budynków i w 2004 r. zdecydowano o zakupie budynku w Sosnowcu, w spokojnym miejscu przy ul. Szpaków 11. Pojawili się

pierwsi indywidualni fundatorzy, izba sprzedawała cegielki i w latach 2006-07 przyjmowano projekt adaptacji.

W zeszłym roku przeprowadzono remont, który zakończył się odbiorem budynku w styczniu tego roku.

Poświęcenie odbyło się 9 maja br. podczas uroczystości jubileuszowych 20-lecia reaktywacji izb lekarskich. Z tego też powodu uroczystości po raz pierwszy nie odbywały się w Domu Lekarza w Katowicach, a wyjątkowo w Sosnowcu, w budynku usytuowanym niedaleko Domu Lekarza Seniora, co pozwoliło na otwarcie podwoi Domu Lekarza Seniora dla wszystkich gości chętnych zwiedzić go przez cały dzień.

Małe góra

Warto przypomnieć, że odrodzony samorząd lekarski powstał jako inicjatywa oddolna. Efekt jest taki, że dziś istnieją 22 izby, które niekoniecznie pokrywają się z mapą administracyjną kraju. Paradoksalnie te okręgowe izby lekarskie, które w świetle administracyjnego podziału kraju nie powinny istnieć, skupiają większą liczbę członków niż te „terytorialne” (casus izby częstochowskiej i opolskiej). – Nie widzę żadnych argumentów przeciwko likwidacji małych izb – mówi Zbigniew Brzezina, przewodniczący ORL w Częstochowie. – W końcu jesteśmy samorządem, co oznacza, że powinniśmy rządzić się sami. Nikt nie chce likwidować izb prawnych, a z nie wiadomych przyczyn tylko te lekarskie są „na widelcu”.

Nic dziwnego, że na wiadomość o wycofaniu się ze zmian środowisko zareagowało entuzjastycznie. – Jestem zachwycona. Widać, że idea samorządności wzięła górę – mówi Anna Mackiewicz, przewodnicząca ORL w Zielonej Górze. – Małe izby są bliżej swoich członków, dzięki czemu możemy lepiej działać.

Składki po staremu

Resort zdrowia zdecydował również o usunięciu z projektu ustawy o izbach lekarskich przepisów różnicujących wysokość składki opłacanej przez członków samorządu w zależności od aktywnego wykonywania zawodu na terenie Polski lub pobierania przez lekarzy świadczeń z tytułu przejścia na emeryturę lub rentę. Ministerstwo uznało, że kwestie związane z ustalaniem wysokości składek należą jednak do kompetencji samorządu lekarzy.

Tego dnia można było też wrzucić wolny datek na organizację domu.

Remont ukończono w styczniu, utworzono specjalną fundację, obecnie załatwiane są formalności związane z uruchomieniem obiektu i podjęciem działalności.

Jak planuje Śląska Izba Lekarska, Dom Lekarza Seniora będzie funkcjonować w formie pensjonatu. Pensjonariuszowi – lekarzowi lub członkowi rodziny lekarskiej – zapewni się: zamieszkanie, całodzienne wyżywienie, pomoc opiekuna, zajęcia kulturalno-rekreacyjne, badanie i porady lekarskie w zakresie umowy z POZ.

(K.S.)

Studenci uczą się leczenia bólu

Programy większości polskich uniwersytetów medycznych nie przewidują zajęć dotyczących metod zwalczania bólu.

Mało kto również uczy studentów jak rozmawiać z pacjentami będącymi często w stanach terminalnych.

Tę lukę postanowiła wypełnić Fundacja „Rak nie musi boleć” imienia doktora Macieja Hilgiera. Podjęła się zorganizowania cyklicznych warsztatów naukowych dla studentów medycyny i pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz lekarzy stażystów.

Inicjatywę tę poparła Naczelna Izba Lekarska, stając się partnerem programu i udzielając gościny wykładom w swej siedzibie przy ul. Sobieskiego w Warszawie. Patronatu udzieliła Polska Unia Onkologii, a finansowo wsparła firma US Pharmacia.

Warto zaznaczyć, że podczas zajęć nie promuje się żadnych produktów leczniczych. Są one prowadzone w formie interaktywnej z zastosowaniem praktycznych ćwiczeń. Prowadzą je lekarz specjalista leczenia bólu i psycholog.

Podczas pierwszych dwóch warsztatów (22 kwietnia i 26 maja) dr Małgorzata Malec-Milewska, kierownik poradni leczenia bólu w Szpitalu im. Witolda Orłowskiego w Warszawie zaznajamiała słuchaczy z patofizjologią bólu, bólem ostrym i pooperacyjnym, a onkopsycholog z Centrum Onkologii mgr Mariola Kosowicz mówiła o podstawach jakże ważnej komunikacji interpersonalnej między lekarzem a pacjentem.

Pomysł okazał się trafny, o czym świadczy nadspodziewanie duże zainteresowanie ze strony studentów i młodych lekarzy. W przyszłym roku akademickim zajęcia będą się odbywać również raz w miesiącu.

Marek Hilgier

Okielem Prezesa



Czy kryzys finansowy już dotarł do Polski? Bo jeśli tak, to czy rzeczywiście doświadczyliśmy już wszystkiego, co może być jego skutkiem? Ekonomiści spierają się na temat jego przyczyn, rzeczywistych, a nie medialnych jego wymiarów, no i wreszcie perspektywy rozwoju dalszych wypadków. Są jednak dość zgodni co do tego, że, tak jak najsilniej uderzył on w kraje o najbardziej rozbudowanych systemach finansowych, to do takich państw, jak Polska, fala kryzysu dojść musi na pewno. Chociaż z pewnym opóźnieniem, które jest naszą szansą na lepsze przygotowanie się do niego. To oznacza, niestety, że spadek zatrudnienia, stagnacja (a czasem obniżki) wynagrodzeń oraz spadek wartości złotego z większą siłą niż dotychczas musi dotknąć finansów publicznych. Niestety, oznacza to także, że ochrona zdrowia, która jest finansowana w ok. 2/3 ze środków publicznych, może mieć poważne problemy. Co więcej, niewykluczone, że w związku z powiększającą się liczbą firm i osób prywatnych mających problemy finansowe napływ prywatnych środków finansowych do placówek opieki zdrowotnej także zmniejszy się.

Jakie w tej sytuacji jest podstawowe zadanie władz publicznych odpowiedzialnych za wypełnienie konstytucyjnych zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia?

W pierwszej kolejności należy ustalić priorytety wymagające szczególnej ochrony w warunkach niedoboru środków publicznych. Wśród wielu ważnych zadań publicznych bez wątpienia opieka zdrowotna powinna się znaleźć pod szczególną ochroną. Przy „cięciu” wydatków trudno zgodzić się z założeniem, że wszystkie resorty powinny szukać oszczędności w takim samym stopniu. Ustalanie priorytetów powinno oczywiście obowiązywać także na niższych poziomach. Nie jest to łatwe, ale wydaje się, że i wśród zadań ochrony zdrowia można znaleźć takie, które powinny być chronione w szczególny sposób. Wszystko wskazuje na to, że dofinansowanie podstawowej opieki zdrowotnej z jednoczesnym dociążeniem jej dodatkowymi zadaniami mogłoby się okazać szczególnie efektywne. Trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek ograniczenia finansowe w takich dziedzinach, jak onkologia czy kardiologia inwazyjna – mogłoby to się skończyć konkretną liczbą zgonów chorych wymagających niezwłocznej pomocy. Szczególnej ostrożności w warunkach kryzysu wymaga też sytuacja ludzi biednych, samotnych, starych, a także rodzin z małymi dziećmi – i tu ewentualne ograniczenia mogą skutkować nieodwracalnymi konsekwencjami. O konkretach należy oczywiście dyskutować, ale jedno jest niewątpliwie: w sytuacji zbliżających się problemów najgorsza byłaby polityka „chowania głowy w piasek”. W pewnym sensie sytuacja kryzysowa może być także korzystna – skłaniając do myślenia umożliwia również znalezienie lepszych rozwiązań na czas spokoju i dobrobytu.

Kryzys skłania też do poszukiwania innych niż tylko oszczędności sposobów poradczenia sobie z zobowiązaniami państwa. Podstawowe zadanie, jakie stoi przed systemem ochrony zdrowia, można realizować także poprzez projekty spoza tego systemu. Zdrowie społeczeństwa, również to mierzone wskaźnikami takimi jak zachorowalność na niektóre choroby i umieralność, tylko w niewielkim stopniu zależy od jakości opieki zdrowotnej. Ponad połowa przedwczesnych zgonów jest, na przykład, konsekwencją palenia tytoniu, a w krajach, które wprowadziły zakaz palenia w miejscach publicznych, liczba palaczy spadła o 10%! Także doświadczenia państw podwyższających cenę papierosów – większa akcyza to większe dochody budżetu; doświadczenia w tym zakresie są niezwykle zachęcające. Również podwyższenie ceny alkoholu, zwłaszcza wódki, powoduje prawie natychmiastowy spadek urazów i wypadków śmiertelnych. W wielu krajach dyskutuje się obecnie, aby wyższymi cenami cukru i soli skłaniać obywateli do ograniczenia spożycia tych niezdrowych produktów. Skutki finansowe i zdrowotne takich działań mogłyby spowodować istotną poprawę finansowej sytuacji systemu ochrony zdrowia. Może przyszedł czas, aby i w Polsce, ze stosunkowo niskimi cenami i brakiem ograniczeń w spożyciu tych produktów, zacząć dyskutować o szansach obejścia kryzysu takim właśnie sposobem?

Zabrakło nowelizacji dyrektywy

Marek Szewczyński

28 kwietnia br. zakończono prace legislacyjne nad nowelizacją Dyrektywy 2003/88/WE dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy, czyli tej, na podstawie której Europejski Trybunał Sprawiedliwości w orzeczeniach podjętych w sprawach SIMAP oraz Jaeger stwierdził, że dyżury lekarskie należy w całości zaliczać do czasu pracy. Niemal pięcioletnie postępowanie od 22 września 2004 r., w które zaangażowane były Komisja Europejska, Rada Unii Europejskiej i Parlament Europejski, zakończyło się jednak niepowodzeniem i nie doprowadziło do znowelizowania przepisów Dyrektywy.

Konsekwencje braku porozumienia

Oznacza to, że nadal w niezmienionej wersji obowiązują dotychczasowe przepisy Dyrektywy 2003/88/WE. Ciągłe jeszcze w pełni aktualne są wnioski wynikające z orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczące kwestii dyżurów lekarskich.

Tak więc dwie najistotniejsze z punktu widzenia lekarzy sprawy pozostały bez zmian. Dyżur lekarski musi być traktowany jako okres stanowiący w całości czas pracy. Nie można stosować przepisów, które klasyfikowałyby okresy braku świadczenia pracy podczas dyżuru jako czas odpoczynku. Możliwe jest jednocześnie, o ile prawo krajowe na to zezwala, stosowanie tzw. indywidualnego wyłączenia (*opt-out*), polegającego na tym, że pracownik może wyrazić zgodę na wykonywanie pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godz. tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym.

W Polsce takie rozwiązania uwzględniono w przepisach znowelizowanej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które weszły w życie 1 stycznia 2008 r. Niektóre państwa członkowskie nadal jednak nie wprowadziły odpowiednich zmian w tym zakresie. Wydaje się, że

mogą oczekiwać złożenia przez Komisję Europejską skargi do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Dotychczas Komisja Europejska wstrzymywała się ze składaniem skarg, mając prawdopodobnie nadzieję, że rozwiązaniem tej sytuacji będzie nowelizacja Dyrektywy.

Dlaczego zabrakło kompromisu?

Należy podkreślić, że proces legislacyjny w Unii Europejskiej jest bardziej skomplikowany niż tworzenie prawa w państwach członkowskich. Wymagane jest bowiem współdziałanie Komisji Europejskiej, Rady Unii Europejskiej (czyli organu składającego się z przedstawicieli rządów państw członkowskich) oraz Parlamentu Europejskiego. Akt prawny zostaje przyjęty, jeżeli Rada i Parlament uzgodnią wspólne stanowisko. Jeżeli zaś Rada i Parlament nie mogą dojść do porozumienia, projektowany akt prawny uważa się za nieprzyjęty. Parlament Europejski, w odróżnieniu od parlamentów krajowych, nie jest więc organem, do którego należy ostateczna decyzja w sprawie przyjęcia lub odrzucenia projektu aktu prawnego.

Wspomniane wcześniej orzeczenia ETS w sprawach SIMAP (wydane 3 X 2000 r.), a zwłaszcza w sprawie

Jaeger (wydane 9 IX 2003 r.) dały początek ogólnoeuropejskiej dyskusji o czasie pracy lekarzy. Państwa członkowskie wskazywały, że wdrożenie przepisów o czasie pracy lekarzy, które uwzględniałyby orzecznictwo Trybunału, spowoduje konieczność znacznego zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia i doprowadzi do dodatkowego zatrudniania dużej liczby lekarzy.

Komisja Europejska, po odbyciu konsultacji z partnerami społecznymi, 22 IX 2004 r. przedstawiła projekt nowelizacji Dyrektywy 2003/88/WE, co rozpoczęło długotrwały proces uzgodnień. Komisja Europejska wskazywała, że wzięła pod uwagę dokonaną przez Europejski Trybunał Sprawiedliwości wykładnię przepisów dotyczących pojęcia czasu pracy i że zaproponowane zmiany mają zapewnić odpowiednio wysoki poziom ochrony zdrowia pracowników przy jednoczesnym umożliwieniu pracodawcom elastycznego zarządzania czasem pracy.

Najistotniejsze rozwiązania projektu Komisji Europejskiej dotyczyły:

- wprowadzenia nowych definicji: „czasu dyżuowania” oraz „nieaktywnej części czasu dyżuowania” i ustalenia, że nieaktywny czas dyżuru nie jest zaliczany do czasu pracy, chyba że przepisy krajowe stanowią inaczej,
- pozostawienia możliwości stosowania tzw. indywidualnego wyłączenia (klauzula *opt-out*), lecz przy zachowaniu surowszych niż dotychczas warunków (zgoda pracownika może być w każdej chwili cofnięta, obowiązuje maksymalnie 1 rok, po czym podlega odnowieniu, czas pracy można wydłużyć nie więcej niż do 65 godz. tygodniowo),
- możliwości wydłużania okresu rozliczeniowego w drodze ustawowej, po przeprowadzeniu konsultacji z partnerami społecznymi, do 12 miesięcy.

Propozycje Komisji, zgodnie z obowiązującą procedurą, przedstawiono do zatwierdzenia Radzie i Parlamentowi Unii Europejskiej.

Parlament Europejski zajął się zaproponowanym przez Komisję Europejską projektem i 11 V 2005 r. przyjął rezolucję zatwierdzającą projekt Komisji, choć z istotnymi poprawkami, polegającymi na uściśleniu pojęcia „czasu dyżuowania” i „nieaktywnej części

czasu dyżuowania” oraz ustaleniu, że cały okres czasu dyżuowania, w tym jego część nieaktywna, powinien być uważany za czas pracy. W odniesieniu do tzw. indywidualnego wyłączenia (klauzula *opt-out*) Parlament zaproponował, że jego stosowanie możliwe będzie jedynie przez okres 3 lat od wejścia w życie nowelizacji. Ponadto dodany został przepis stanowiący, że w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie więcej niż jednej umowy o pracę czas pracy odpowiada sumie okresów przewidzianych przez każdą umowę.

REKLAMA

W maju 2005 r. Komisja Europejska skorzystała z prawa do przedstawienia zmienionego projektu nowelizacji, w którym nie zgodziła się na proponowane przez Parlament zmiany dotyczące wliczania całego czasu dyżuowania do czasu pracy oraz odejścia w niedługim czasie od możliwości stosowania indywidualnego wyłączenia. Komisja ponownie zaproponowała, aby nieaktywny okres czasu dyżuowania nie był uważany za czas pracy, chyba że przepisy krajowe stanowią inaczej. Ponadto Komisja zaproponowała dłuższy niż 3 lata okres na odstąpienie od

możliwości stosowania indywidualnego wyłączenia.

Zmieniony projekt wraz z opinią Parlamentu był następnie przedmiotem prac Rady Unii Europejskiej (a ściśle mówiąc tzw. Rady Branżowej ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Spraw Konsumenckich składającej się z właściwych ministrów), jednakże wobec braku porozumienia sprawa utknęła na okres 3 lat. Rada stwierdziła, że wciąż zachodzą poważne różnice w stanowiskach dotyczących możliwości

dokńczenie na str. 8

REKLAMA

Zabrakło nowelizacji dyrektywy

dokńczenie ze str. 7

stosowania klauzuli *opt-out* oraz podkreślała, że należy znaleźć kompromis w sprawie czasu dyżurowania. Rada wielokrotnie spotykała się w sprawie nowelizacji *Dyrektywy*, ale nie była w stanie osiągnąć porozumienia. Dopiero 9 VI 2008 r. Rada uzgodniła wspólne stanowisko (tzw. porozumienie polityczne).

Najistotniejsze regulacje uzgodnione przez Radę to:

- możliwość rozróżniania aktywnej i nieaktywnej części dyżuru, która mogłaby się nie wliczać do czasu pracy,
- pozostawienie możliwości stosowania klauzuli *opt-out*, z jednoczesnym ustaleniem, że maksymalny tygodniowy czas pracy, na jaki pracownik może się zgodzić, nie może przekraczać 65 godz. tygodniowo,
- możliwość przyznawania okresu równoważnego odpoczynku w rozsądnym terminie ustalonym w ustawodawstwie krajowym (zamiast udzielania go bezpośrednio po skończeniu pracy dyżuru medycznego).

Tak zmieniona propozycja nowelizacji ponownie trafiła do Parlamentu Europejskiego, który 17 XII 2008 r. podtrzymał swoje stanowisko z 2005 r. (przewidujące w szczególności, że cały czas dyżuru należy traktować jako czas prac oraz uchylene możliwości stosowania klauzuli *opt-out* po upływie trzyletniego okresu przejściowego), uchwalając odpowiednie poprawki do aktualnego tekstu projektu.

Oznaczało to, że nie osiągnięto porozumienia i należało rozpocząć ostatni przewidziany w Traktacie ustanawiającym Wspólnotę Europejską etap prac legislacyjnych, czyli zwołać komitet pojednawczy, w którego skład wchodzi przedstawiciele Rady oraz Parlamentu. W pracach komitetu pojednawczego uczestniczą także przedstawiciele Komisji Europejskiej. Zgodnie z Traktatem komitet pojednawczy ma sześć tygodni od swego zwołania na zatwierdzenie wspólnego projektu. Jeżeli w tym czasie

komitet pojednawczy nie zatwierdzi wspólnego projektu, proces legislacyjny kończy się, a proponowany akt uważa się za nieprzyjęty.

Sześciotygodniowy okres na zatwierdzenie wspólnego projektu upłynął 28 IV br. Pomimo wielokrotnego rozważenia różnych możliwości nie osiągnięto kompromisu, bo stanowiska stron, zwłaszcza w kwestii dyżurów oraz klauzuli *opt-out*, były nie do pogodzenia. W tej sytuacji należy uznać, że proces legislacyjny nad nowelizacją *Dyrektywy 2003/88/WE* dobiegł końca i aby ponownie podjąć prace, Komisja Europejska musiałaby przygotować i formalnie zgłosić kolejny projekt nowelizacji.

Stanowisko polskiego samorządu lekarskiego

Przedstawiane w trakcie procesu legislacyjnego propozycje wywoływały oczywiście szeroką dyskusję polityczną i społeczną. Rząd polski popierał propozycję niewliczania do czasu pracy nieaktywnego czasu dyżuru, postulował też złagodzenie niektórych warunków stosowania tzw. indywidualnego wyłączenia.

Krajowe i międzynarodowe organizacje lekarskie na bieżąco przedstawiały swoje stanowiska oraz podejmowały działania lobbujące. Polski samorząd lekarski był w tej sprawie aktywny zarówno na poziomie krajowym, jak i ogólnoeuropejskim. Naczelna Rada Lekarska przyjęła szereg stanowisk, w których odnosiła się do propozycji zgłaszanych przez organy Unii Europejskiej na poszczególnych etapach prac. Sam Konstanty Radziwiłł wiele razy kierował pisma do ministrów zdrowia oraz pracy, Komisji Europejskiej, a także polskich posłów do Parlamentu Europejskiego, przedstawiając stanowisko samorządu oraz nakłaniając do przyjęcia rozwiązań proponowanych przez samorząd, które nie tylko są korzystne dla lekarzy, ale uwzględniają również bezpieczeństwo pacjentów. Samorząd lekarski uczestniczył też w działaniach najistotniejszej europejskiej organizacji lekarskiej, Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME), która bezustannie przedstawiała postulaty środowiska lekarskiego w organach Unii Europejskiej.

Naczelna Rada Lekarska zawsze jednoznacznie wypowiadała się, że czas

pełnienia dyżuru medycznego powinien być w całości traktowany jako czas pracy, a wymiar czasu pracy powinien wynosić 48 godz. tygodniowo. Opoowiadała się za pozostawieniem możliwości stosowania klauzuli *opt-out* pod warunkiem, że wydłużenie czasu pracy za zgodą lekarza nie będzie mogło przekroczyć 65 godz. tygodniowo (włącznie z dyżurami), a lekarze, nie wyrażający zgody na wydłużenie ich czasu pracy nie będą dyskryminowani. W trakcie ostatniej fazy prac NRL zachęcała Parlament Europejski i Radę do wypracowania kompromisu polegającego na uznaniu, że cały czas pełnienia dyżuru medycznego należy traktować jako czas pracy, przy jednoczesnym pozostawieniu możliwości klauzuli *opt-out*.

Co dalej?

Brak nowelizacji *Dyrektywy* nie jest chyba czymś szczególnie negatywnym z punktu widzenia polskich lekarzy. W 2008 r. wdrożone wreszcie zostały do polskiego prawa podstawowe zasady wynikające z *Dyrektywy* oraz orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej dyżury lekarskie wlicza się do czasu pracy i należy je wynagradzać tak, jak pracę w godzinach nadliczbowych. Przewidziana jest także możliwość wyrażenia przez pracownika pisemnej zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godz. na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Brak nowelizacji *Dyrektywy* nie skutkuje w związku z tym koniecznością zmiany polskich przepisów. Co nie znaczy, że są one bez wad. Nadal bowiem istnieje szereg nie do końca wyjaśnionych kwestii, jak chociażby zasady przyznawania odpoczynku czy maksymalny dopuszczalny wymiar tygodniowego czasu pracy w przypadku skorzystania z klauzuli *opt-out*.

Z drugiej jednak strony brak porozumienia co do nowelizacji *Dyrektywy* i zakończenie na niczym procedury legislacyjnej może skutkować tym, że po wyborach do Parlamentu Europejskiego Komisja Europejska znów przedstawi kolejny (prawdopodobnie częściowo zmieniony) projekt nowelizacji *Dyrektywy* i ponownie rozpoczną się długotrwałe uzgodnienia, których rezultat może być trudny do przewidzenia.

Marek Szewczyński

Autor jest prawnikiem w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

REKLAMA

REKLAMA



Pajęcza sieć

Krystyna Knypl

Internet zawojował większość dziedzin naszego życia i nie należy przypuszczać, aby medycyna była wyjątkiem, który oprze się temu sposobowi kontaktów między ludźmi.

Do niedawna, gdy organizowano konferencję na temat telemedycyny, można było z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, że przedmiotem obrad będzie problem prędkości przesyłania drogą elektroniczną wyników badań obrazowych ze Skandynawii do oceny radiologowi w Polsce. Po radiologach do działu usług lekarskich na odległość dołączyli kardiologowie oferujący diagnostykę elektrokardiograficzną. Na tym się skończyło.

Kanon XIX wieku

Kanon XIX-wiecznej medycyny klinicznej, w której okowach mentalnych wszyscy jeszcze dość mocno tkwimy, zakładał drobiazgowo zebranie wywiadu od pacjenta (z osławionymi datami miesiączek u sędziwych dam i chorobami wieku dziecięcego) i nie mniej drobiazgowo badanie przedmiotowe, od odruchów ocznych poczynając, na tętnie na tętnicach grzbietowych kończąc. Dziś tak zaawansowane rozneglizowanie pacjenta ambulatoryjnego w warunkach amerykańskich mogłoby narazić lekarza na zarzut molestowania seksualnego, o czym powiedziała mi jedna z pacjentek mieszkających na południu Stanów Zjednoczonych. Moda nadciąga i do naszych gabinetów i namówienie pacjenta na pokazanie stóp nie zawsze jest łatwe, jeśli nie przyszedł z powodu ostrego napadu dny umiejscowionej w stawach pałucha.

Szybko rosnąca oferta najróżniejszych badań dodatkowych spowodowała, że zarówno lekarze, jak i pacjenci zaczęli bardziej cenić wykonywanie badań, po których pozostawał bardziej konkretny ślad niż ulotne efekty badania podmiotowego i przedmiotowego, których ranga ciągle maleje. Nie bez winy jest tu nurt zwany EBM, czyli medycyny opartej na faktach, który temu co zbadal osobiście lekarz przyznaje najniższą wiarygodność. Skoro coś jest

ulotne i niewiarygodne, to nie dziwota, że kurczy się i zanika w zastraszającym tempie!

Życie w sieci

Ciekawym sposobem na wymianę doświadczeń stały się fora internetowe, na których pacjenci cierpiący na to samo schorzenie wymieniają się obserwacjami i doświadczeniami w zwalczaniu choroby. Szczegółowe opisy zamieszczane przez bardziej doświadczonych pacjentów pozwalają ocenić własne dolegliwości, czasem nabrac do nich dystansu, a w innych przypadkach wręcz przeciwnie – zdynamizować tempo kontaktu z lekarzem.

Od blisko trzech lat odpowiadam na pytania czytelników na jednym z portali zdrowotnych. Dla lekarza to jedno z ciekawszych doświadczeń zawodowych, z jakimi spotyka się w dynamicznych warunkach współczesnego świata. Nie uważam osób zadających pytania drogą internetową za moich pacjentów, lecz za czytelników, a wydawca portalu zastrzega, że zadanie pytania nie zastępuje tradycyjnej wizyty lekarskiej i nią nie jest. Niezależnie od nazewnictwa formy kontaktów uważam za bardzo pożyteczną dla obu stron. Przekazanie użytecznej informacji medycznej nie w każdym przypadku musi być związane z wizytą w gabinecie lekarskim, która zresztą nie stanowi gwarancji, że pacjent zrozumie otrzymane zalecenia i prawidłowo się do nich zastosuje.

Idzie nowe od morza?

Wybrzeże nie od dziś jest znane z tego, że powstają tam nowe idee. Nic więc dziwnego, że jako pierwsza temat obecności lekarzy w Internecie podjęła Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. Z lektury prasy codziennej wynikało, że obradujący samorządowcy są za, a nawet przeciw – jak na gdańszczan przystało. Dr Krzysztof Wójcikiewicz, zapytany

przez mnie drogą e-mailową o wyniki obrad, nadesłał taką odpowiedź:

Sprawa ta jest nie tylko dla mnie kontrowersyjna. Była ona przedmiotem naszej debaty na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej. Nie było jasności co do interpretacji tego ciekawego zjawiska, które jest związane z coraz szerszym wchodzeniem Internetu w nasze życie.

Kwestia ta będzie z pewnością dyskutowana w kregach Komisji Praktyk Lekarskich. Niejasne jest umocowanie tej formy działania lekarza w odniesieniu do wiążącego charakteru takiej porady i odpowiedzialności za nią, jak również autoryzacji. Wydaje mi się, że te wszystkie kwestie wymagają regulacji.

Nie mam nic przeciwko telemedycynie i szerokiemu wkraczaniu tej formy porozumiewania się lekarzy między sobą, analizie obrazów diagnostycznych itp. Jestem wielkim zwolennikiem szybkiej i pełnej komunikacji jaką daje Internet. (...) chciałbym, aby pewne sprawy były uporządkowane i jasne.

Czeka nas więc przyszłość ściśle uregulowana przez zatroskany samorząd? Będziemy zmuszani do zgłaszania w Komisji Praktyk Lekarskich aktywności „udzielanie informacji medycznych drogą internetową”, a jej przedstawiciele będą wizytowali nasze komputery, analogicznie do praktyk istniejących w realu? Odłóżmy te ponure przewidywania na bok! Wszelkie gremia, które będą ustanawiały ewentualne misterne regulacje bardzo proszę, aby pamiętały o jednym drobiazgu – ludzie bardzo lubią wyjaśniać swoje wątpliwości dotyczące zdrowia, odczuć, posiadanej wiedzy właśnie przez Internet, przy czym nie wszystko co ich niepokoi jest *sensu stricte* chorobą. Postawiono już tyle barier i zagród między pacjentem i lekarzem w świecie realnym, że zamysł budowania nowych zasieków z paragrafów w Internecie wydaje się pochopny i niepotrzebny.

Obawiam się, że wszelkie próby narzucenia odgórnych rozwiązań nie są dobrym rozwiązaniem. Ci, którzy nie ro-

zumieją i nie lubią Internetu, będą w nim widzieli samo zło. Ci, którzy rozumieją i kochają Internet, będą go wychwalali pod niebiosa. Z pewnością nikt nie będzie lekceważył roli, jaką Internet może odegrać w relacjach lekarz-pacjent, o czym świadczą próby opracowania narzędzi komunikacji między pacjentami i lekarzami, podejmowane przez takich gigantów jak Google czy Microsoft. Na razie są to próby niezbyt udane, bo nawet najdoskonalsze narzędzie internetowej komunikacji jest tylko martwym programem komputerowym, który ożywić może jedynie lekarz. Oczywiście ktoś nieuczciwy może podszyć się w Internecie pod lekarza, ale w świecie realnym taka mistyfikacja jest równie łatwa. Wiedza nie jest żadną barierą, bo wiele osób nie jest w stanie odróżnić wiedzy profesjonalnej od szarlatanerii. Jak piszą internauci na jednym z lekarskich portali, wyrobienie pieczętki lekarskiej bez okazania jakichkolwiek dokumentów uprawniających do jej posiadania jest powszechną praktyką w wielu punktach usługowych, a dorobienie innych materialnych atrybutów związanych z naszym zawodem jest równie proste.

Moim zdaniem

Sądzę, że są tylko dwie sytuacje w życiu, gdy musimy w sposób bezpośredni i osobisty w nich uczestniczyć: to nasze narodziny oraz nasze odejście z tego świata. Całą resztę można załatwić przez pośredników lub skorzystać z narzędzi ułatwiających życie – Internet jest tylko jednym z takich narzędzi, jak stetoskop, skalpel czy telefon. Dzięki Bogu nie powstały przepisy dotyczące kontaktów z pacjentami – zarówno tymi, którzy mają u nas założoną historię choroby, jak i tymi, którzy takiego dokumentu w naszej poradni nie mają – drogą telefoniczną lub pocztową i osobiście nie widzę najmniejszego powodu, aby droga internetowa wymagała odrębnych regulacji. To tylko środek komunikacji i nic więcej.

Nadmiar regulacji jest zawsze szkodliwy i ograniczający, warto więc zostawić Internet w spokoju. Jestem entuzjastką Internetu i wierzę, że bardziej może ludziom pomóc niż zaszkodzić. Przecież w każdej chwili można się przenieść ze świata wirtualnego do realnego.

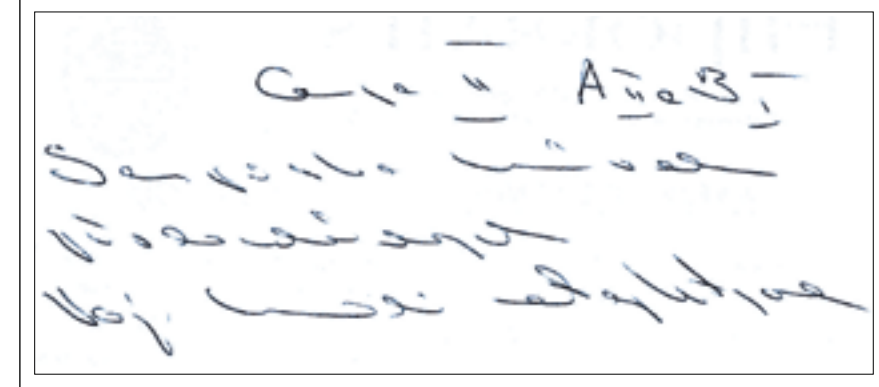
krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Po dwóch edycjach stosunkowo łatwych recept pora ponownie podnieść poprzeczkę wysoko w górę. Tym razem publikuję opis badania, który otrzymałam z prośbą o pomoc w „przełumaczeniu”. Przypadek wydaje mi się na granicy niemożności do rozszyfrowania, ale wierzę w Wasze talenty, które już przy poprzednio publikowanej historii choroby dały się poznać. Osobiście nie mam większych sukcesów w rozszyfrowaniu tego tekstu, choć oglądałam go długo. Ponieważ w ponad dwuletniej historii naszej rubryki jeszcze tak nie zdarzyło się, aby nie nadeszło ani jedno prawidłowe rozwiązanie liczę, że i tym razem znajdą się osoby, które pomogą w odczytaniu tekstu. Proszę też wszystkich aktywnych czytelników rubryki „Rozszyfruj receptę”, aby już dziś nastawili się na ekstremalnie trudne zadanie po wakacjach – będzie nad czym się głowić!

Laureatami w czerwcu 2009 zostają: dr Małgorzata Niedbalska, stomatolog oraz dr Agnieszka Bolesta, rezydentka z chorób wewnętrznych. Obie Koleżanki proszę o podanie adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

krystyna.knypl@compi.net.pl





Państwo opiekuńcze na trzy sposoby

Krzysztof Bukiel

„Mamy kryzys” – zakomunikował niedawno na łamach prasy prezes NFZ. Dlatego też szpitale nie mają co liczyć na lepszą wycenę świadczeń, jak się tego domagają, a raczej niech się spodziewają zmniejszenia ceny.

„Gorsza koniunktura gospodarcza uderza we wszystkich” – wyjaśnił pan prezes i – żeby nie pozostawić już żadnych wątpliwości – podsumował: „Wiadomo, że skoro Fundusz nie ma środków, to ich po prostu nie wyda”.

foto. Marek Stankiewicz

Wywody szefa NFZ wydają się na pozór logiczne, choć tylko na pozór. Żeby przekonać się jaka jest ich rzeczywista wartość, proponuję panu prezesowi test: niech pójdzie np. do salonu samochodowego i powie tak: Mamy kryzys, nie mam zbyt wielu pieniędzy, sprzedajcie mi mercedesa za 30 tys. zamiast za 100. Co usłyszycie? – Jak pana nie stać na mercedesa, to niech pan sobie kupi fiata pandę. Ceny na samochody są bowiem w Polsce ustalane na drodze rynkowej, a nie wolą tego czy innego pojedynczego klienta.

Inaczej jest z cenami świadczeń zdrowotnych refundowanych ze środków publicznych. Tutaj obowiązuje zasada, że płatnik płaci tyle, ile chce, a zakładając jego dobrą wolę – tyle, na ile starczy mu pieniędzy. Jeśli nie starczy mu, aby pokryć niezbędne koszty świadczeń, to „szpitale muszą poradzić sobie z trudną sytuacją”, jak orzekł prezes NFZ we wspomnianym artykule („Gazeta Prawna” z 21 IV 2009 r.). Zasada ta rodzi powszechny sprzeciw wśród świadczeniodawców. Prezes NFZ jest jednak jej gorącym zwolennikiem i przytacza – na potwierdzenie słuszności swoich poglądów – orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z grudnia ub. roku. Rozpatrywał on odwołanie NFZ od wyroku Sądu Okręgowego stwierdzającego, że NFZ narzucał świadczeniodawcom rażąco niskie ceny zakupu świadczeń stomatologicznych. Początek sprawie dał wniosek OIL w Krakowie z marca 2007 r. do UOKiK. Sąd Apelacyjny

stwierdził – mówiąc najogólniej – że NFZ ma prawo do ustalania takich cen, jakie uzna za stosowne, bo dysponując pieniędzmi publicznymi w ograniczonej wielkości musi kierować się koniecznością najpełniejszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli.

Niewątpliwie Sąd Apelacyjny potwierdził, że NFZ – nawet jeśli zaniżył ceny – postąpił legalnie. Uznał zatem, że zasada: publiczny płatnik płaci za świadczenia zdrowotne tyle na ile go stać – jest zgodna z prawem. Nie oznacza to jednak, że jest to zasada słuszna, ani tym bardziej, że sprawiedliwa. W istocie jest to zasada zbójcka. Państwo chce realizować swoją „opiekuńczość” wobec obywateli w zakresie ochrony zdrowia zmuszając pewną część społeczeństwa do ponoszenia nadmiernych ciężarów (strat) na rzecz ogółu. Jest to sposób, który odpowiada charakterowi państwa totalitarnego. Podobne co do zasady były tzw. dostawy obowiązkowe, jakie komuniści w PRL (a wcześniej hitlerowcy w okupowanej Polsce) nakładali na chłopów. Każdy z nich miał sprzedać państwu określoną ilość (kontyngent) płodów rolnych za określoną przez państwo cenę. A ponieważ potrzeby były duże, a budżet państwa mały – ceny z reguły nie osiągały kosztów. Rolnicy musieli sobie powetować straty na rynku prywatnym.

Broniąc z takim zaangażowaniem obecnego systemu opieki zdrowotnej prezes NFZ zachowuje się tak, jakby nie mógł sobie wyobrazić innego sposobu realizacji „opiekuńczości” państwa wobec obywateli w zakresie ochrony zdrowia. A przecież są jeszcze przynajmniej dwa inne sposoby. Jeden z nich poznaliśmy „za komuny”. Państwo chcąc ułatwić dostęp obywateli do jakichś dóbr po prostu nacjonalizowało ich wytwarzanie. Wówczas ich ceny

były oderwane już nie tylko od kosztów, ale od wszelkich realiów i zdrowego rozsądku (np. cena butelki po żurku w skupie była wyższa niż cena żurku z butelką w sklepie). Ten „bolszewicki” sposób opiekuńczości państwa był niezwykle nieefektywny – w każdej dziedzinie, również w ochronie zdrowia. Dobrze się więc stało, że z niego zrezygnowano.

Ale jest przecież i trzeci sposób: państwo chcąc pomóc obywatelom w dostępie do jakichś dóbr po prostu kupuje te dobra lub dofinansowuje ich zakup – na wolnym rynku. Nie narzuca więc cen, ale szanuje ceny rynkowe. Jest to sposób znany również i w naszym państwie. Według tej zasady udzielane są, na przykład, dopłaty do czynszów mieszkaniowych. Nawiasem mówiąc Trybunał Konstytucyjny parę lat temu za niekonstytucyjny uznał przepis, który pozwalał samorządom lokalnym narzucać prywatnym właścicielom kamienic – maksymalną wysokość czynszu, bo – zdaniem Trybunału – samorząd miał interes, aby czynsz zaniżyć, zmniejszając w ten sposób swoje obciążenie dopłatami mieszkaniowymi dla najbiedniejszych. Podobnie funkcjonuje bezpłatne rozdawnictwo żywności, ubrań, podręczników szkolnych, kolonii dla dzieci i wiele innych z najróżniejszych dziedzin. Wówczas – oczywiście – także pojawia się bariera w postaci ograniczonej ilości pieniędzy publicznych. Nie oznacza to jednak zmuszania dostawców do obniżania cen, ale rodzi konieczność dokonywania wyborów – co kupić, komu i w jakiej ilości. Dlaczego tego cywilizowanego, sprawiedliwego sposobu opiekuńczości państwa nie można by zastosować w ochronie zdrowia?

14 maja 2009 r.

Jak cię nie stać na mercedesa, to kup sobie fiata.

Lekarz nie powinien palić



Z prof. Wojciechem Witkiewiczem, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu, prezesem Towarzystwa Chirurgów Polskich, ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej rozmawia Agnieszka Katrynicz



• **Panie profesorze, jak pana zdrowie?**

– Dziękuję, dobrze

• **Kiedy ostatnio robił pan badania kontrolne?**

– Według zaleceń mojego lekarza, który opiekuje się mną już 3 lata, przeprowadziłem badania kontrolne 2 tygodnie temu.

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

– Na pewno lekarze to grupa zawodowa bardzo świadoma potrzeb profilaktycznego badania się. Jednak tak jak

i nasi pacjenci nie lubimy chodzić do lekarza, nawet gdy prywatnie dobrze go znamy. Jeszcze mniej chętnie poddajemy się różnego rodzaju testom czy badaniom diagnostycznym, zwłaszcza tym inwazyjnym. Badania opinii wykazują, że najczęstszym powodem, dla którego Polacy unikają badań profilaktycznych, jest przekonanie o tym, że są zdrowi. Z drugiej strony, boją się złych wieści na temat swojego zdrowia. Kiedy my, lekarze, poddajemy się badaniom, to tak jak nasi chorzy czujemy się często skrepowani, narażeni na ból czy inne nieprzyjemne doznania. Lęk lękem, ale trzeba powiedzieć jasno – to właśnie, między innymi, dzięki badaniom profilaktycznym możemy sobie zagwarantować zdrowie i przedłużyć życie.

• **Jednocześnie są badania, które pokazują, że lekarze to jedna z tych grup zawodowych, obok pilotów i dziennikarzy, która jest najbardziej narażona na tzw. choroby cywilizacyjne, głównie te wynikające ze stresu.**

– Rzadko który lekarz pracuje w wymiarze tylko jednego etatu. Lekarze biorą dodatkowe dyżury w szpitalu, dorabiają w pogotowiu, przyjmują w kilku przychodniach. Rekordziści przyznają, że pracują ponad 120 godzin tygodniowo, oczywiście łącznie z weekendami. Brakuje czasu na wychowanie dzieci, kontakty towarzyskie, na hobby, relaks, rekreację i na zadbanie o swoje zdrowie. Do tego dochodzi jeszcze konieczność ciągłego do kształcania się na kursach, posiedzeniach naukowych,

zapoznawania się z literaturą fachową. Organizm nie ma szans na odpoczynek pozwalający na regenerację fizyczną i psychiczną.

Przewlekły stres i jego konsekwencje w postaci syndromu wypalenia zawodowego – nie omijają lekarzy żadnej specjalności. Duży stres obserwuje się zwłaszcza u lekarzy specjalności zabiegowych oraz w grupie lekarzy rozpoczynających pracę w zawodzie.

Poruszył mnie raport Śląskiej Izby Lekarskiej, w którym przeanalizowano dane dotyczące 590 lekarzy, którzy zmarli w latach 2001-06. Ogłoszono, że śląski lekarz żyje trzy lata krócej od przeciętnego mężczyzny, a lekarka aż 11 lat krócej od przeciętnej kobiety. Zmarli w tym czasie lekarze mieli średnio 68,1 lat, a lekarki zaledwie 67,8 lat. Tymczasem średnia długość życia podawana przez Główny Urząd Statystyczny to dla mężczyzn prawie 71 lat, a dla kobiet niemal 80.

Pomimo tego, że przedstawiciel GUS-u przekonuje, iż nigdzie na świecie nie opracowano dotąd metody dla obliczenia średniej długości życia poszczególnych grup zawodowych, to nie są to dla mnie dane optymistyczne.

• **To rzeczywiście przerażające dane. W dodatku coraz częściej mówi się o epidemii chorób cywilizacyjnych, statystyki zachorowań wciąż rosną – z czego to wynika?**

– Choroby cywilizacyjne to schorzenia związane z negatywnymi skutkami życia w warunkach wysoko rozwiniętej cywilizacji. Zaliczamy do nich m.in.: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwinną serca, udar mózgu, nowotwory, cukrzycę, osteoporozę, POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba

Pluc), choroby alergiczne oraz liczne zaburzenia i choroby psychiczne, a także choroby wynikające z zanieczyszczenia środowiska. Czynniki sprzyjające rozwojowi chorób to przede wszystkim: siedzący tryb życia, nieprawidłowa dieta obfitująca w tłuszcze zwierzęce i cukry proste, palenie papierosów, nadużywanie alkoholu oraz wysoki poziom stresu.

W związku z tym, że wiemy, jakie są główne przyczyny chorób cywilizacyjnych, rosnące statystyki zachorowań są związane z niestosowaniem się do zasad profilaktyki – niewykonywaniem badań diagnostycznych, nieakceptowaniem konieczności eliminacji czynników ryzyka, ignorowaniem wczesnych objawów chorób, ale z drugiej strony również z powodu przedłużenia życia ludzi, co także przecież podarowała nam cywilizacja.

Dane z wielośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności – WOBASZ, zrealizowanego w ramach programu Ministerstwa Zdrowia, Polcard 2003-05 mówią same za siebie – 42 % mężczyzn i 25 % kobiet w Polsce pali papierosy; na nadwagę i otyłość (BMI [Body Mass Index] ≥ 25) cierpi 61,6 % panów i 50,3 % pań w naszym kraju, a mała aktywność fizyczna charakteryzuje ponad 50 proc. dorosłych Polaków.

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

– Myślę, że moi koledzy wiedzą, iż „lepiej zapobiegać niż leczyć”. Wiemy, że aby dbać o swoje zdrowie, musimy konsekwentnie przestrzegać kilku podstawowych zasad dobrego stylu życia: właściwego odżywiania, aktywności ruchowej czy umiejętności reagowania na stres.

Obok wypełniania administracyjnego obowiązku pracownika do okresowych badań kontrolnych my, lekarze, musimy sami sobie dawać dobry przykład i wspierać się w stosowaniu profilaktyki zdrowotnej. Sam nie palę papierosów. Jestem przeciwnikiem palenia zwłaszcza przez lekarzy. Uważam, że powinniśmy dawać dobry przykład swoim chorym. Staram się stosować zdrową dietę. Przeznaczam na umiarkowany wysiłek fizyczny przynajmniej 30 minut przez większość dni w tygodniu. Kiedy tylko mogę, zostawiam samochód i spaceruję. Namawiam do tego również swoich asystentów. Wydzieliłem na terenie szpitala specjalne pomieszczenie dla pracowników dojeżdżających do pracy na rowerach. Staram się również nie korzystać z windy i pokonywać piętra szpitalne piechotą. Regularnie

się badam. Okresowo oznaczam m.in. lipidogram, stężenie cukru we krwi. Wykonuję pomiary ciśnienia krwi.

Oczywiście najtrudniejszą dla mnie sprawą, jako praktykującego chirurga oraz zarządzającego dużą placówką medyczną, jest unikanie stresu. A wiem, że długotrwały stres osłabia układ odpornościowy, przyspiesza rozwój choroby niedokrwiennej serca. Coraz szybsze tempo życia sprawia, że stresujemy się byle czym i nie potrafimy tego odreagować. Mając kilka dni urlopu możemy się odprężyć. Na trwałą poprawę stanu zdrowia musimy poświęcić dwa tygodnie.

Za bardzo dobry pomysł uważam inicjatywę samorządu lekarskiego „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?”. Mam nadzieję, że za pośrednictwem docierającej do wszystkich lekarzy „Gazety Lekarskiej” inicjatywa ta zyska wielu zwolenników i pozytywnie wpłynie na nasze zdrowie.

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

– Staram się jednakowo traktować pacjentów, niezależnie od ich profesji – z szacunkiem, uczciwie, solidnie – i tak samo wysokie wymagania jak sobie, stawiam innym lekarzom jako pacjent. Sam byłem i jestem pacjentem. Przyjmuję to z wielką pokorą, ale także z pożytkiem dla siebie. Uważam, że doświadczenie bycia pacjentem było mi bardzo potrzebne. Pozwoliło na lepsze zrozumienie moich chorych i rozwinęło mnie jako człowieka i lekarza.

Zawsze szczególnie traktuję chorego kolegę-lekarza. Nauczyłem się tego od moich nauczycieli zawodu. Oni wpajali nam – młodym adeptom sztuki – szacunek do siebie nawzajem.

W praktyce staram się leczyć każdego pacjenta tak, jak sam chciałbym być leczony. Jako chirurg staram się zawsze stworzyć na linii lekarz – pacjent zaufanie. Bo zaufanie to połowa sukcesu. Wszelkimi etapami zabiegu, zagrożenia, przewidywane wyniki. Moje doświadczenia z pacjentami-lekarzami wspominam bardzo dobrze. Jednak lekarz-pacjent to często trudny pacjent. Dużo wie, czasem dyskutuje z proponowaną diagnostyką i leczeniem.

Jestem pewien, że koleżankom/kolegom, a także ich najbliższym rodzinom należy się bezwzględne uprzywilejowanie i bezinteresowna pomoc jako pacjentom, myślę, że to ważny element naszego zawodu, który powinien być szczególnie doceniany i podtrzymywany.



Człowiek, który leczy innych, musi być trzeźwy

Z Marią Durą, specjalistką psychiatrii, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy przy Lubelskiej Izbie Lekarskiej rozmawia Anna Augustowska

• **Od ponad roku pełni pani funkcję pełnomocnika do spraw zdrowia lekarzy. Z jakimi problemami styka się pani najczęściej?**

– Są to różne sprawy. Rola pełnomocnika jest wielostronna i dotyczy każdej sprawy, związanej z kondycją zdrowotną lekarza. Chodzi tu przede wszystkim o sytuację, kiedy choroba lekarza, jego niedyspozycja może mieć zły, wręcz niebezpieczny wpływ na wykonywane przez niego obowiązki. To są zarówno choroby somatyczne, jak i choroby psychiczne, a także alkoholizm. I z tym problemem stykam się jako pełnomocnik najczęściej.

• **Co to znaczy najczęściej?**

– Spośród kilkunastu osób, które się do mnie do tej pory zgłosiły, większość to lekarze mający problem z nadmiernym piciem alkoholu. Kilkoro z nich jest właśnie w trakcie leczenia. Wiem, że to „kilkoro” brzmi mizernie, bo fakty, badania i wszelkie statystyki jednoznacznie pokazują, że uzależnienie od alkoholu dotyka około 10-20 procent ogółu konsumentów, a lekarze nie różnią się pod tym względem od reszty społeczeństwa. Pijący lekarze są wśród nas, ale niewielu z nich szuka pomocy. Zaprzeczają, że są chorzy, twierdzą, że wszystko jest pod kontrolą. To zaprzeczenie dotyka

zresztą nie tylko samych chorych, ale również najbliższego otoczenia, w tym środowiska zawodowego. Owszem, kiedy w pracy zjawia się lekarz, będący „pod wpływem”, koledzy szybko tuszują całą sprawę, organizują zastępstwo, dają mu czas, aby się wyspał, wysyłają na zwolnienie. To nie jest dobrze pojęta pomoc. Bo ten człowiek jest chory i za chwilę znów może mieć problem.

• **Nie tak dawno portal medyczny Esculap zamieścił ankietę z pytaniem: „Czy zetknąłeś się kiedyś bezpośrednio w swoim otoczeniu z problemem alkoholizmu wśród lekarzy?”. Na ponad**

tysiąc badanych aż 517 odpowiedziało: „Tak, w wielu sytuacjach”. „Tak, w sporadycznych przypadkach” odpowiedziało 570 ankietyowanych.

– No właśnie, widać, jak duży jest problem i jak duże jest przyzwolenie na picie. Bo gdybyśmy tych ankietyowanych zapytali, jak się zachowali spotykając tych lekarzy z problemem alkoholowym, to pewnie usłyszeliśmy, że nic w tej sprawie nie zrobili. W Polsce, niestety, nie ma miarodajnych badań, które określiłyby, jaki procent środowiska lekarzy jest uzależniony od alkoholu. Nie wiadomo, ilu lekarzy pija sporadycznie w pracy, ilu jest objętych terapią antyalkoholową. Nie wiem też, czy takie wyliczanki miałyby sens. Problem według mnie leży gdzie indziej – w przelamaniu źle pojmowanej solidarności zawodowej, w przymykaniu oczu przez przełożonych tych lekarzy. Dopóki ten mechanizm nie zostanie zmieniony, nie ma chyba szans na sukces.

• **No tak, to pięknie brzmi, ale lekarze bronią się, że nie chcą być „donosicielami”, nie chcą „kopać leżącego”.**

– Bo to nie są łatwe sprawy. Nie jest łatwo nakłonić kolegę, aby przyznał się przed sobą do swojej choroby. No, ale przecież nasza interwencja to może być koło ratunkowe – ratujące i człowieka, i lekarza. Ratujące jego pacjentów. Przecież człowiek, który leczy innych, musi być trzeźwy.

• **Co więc można zrobić?**

– Można oczywiście „po męsku” pogadać, można szukać sprzymierzeńców wśród najbliższej rodziny pijącego lekarza, jego przyjaciół. Każdy ma jakąś potencjalną grupę wsparcia. Ale co tu kryć, takie nasze dobre rady niewiele mogą wskórać. Uzależnienie to ciężka, nawracająca choroba mózgu, polegająca na wypieraniu i zaprzeczaniu oczywistym faktom. Tu trzeba profesjonalnej terapii. Moim oczekiwaniem jest, aby w takie sytuacje chcieli wkraczać bezpośredni przełożeni lekarzy. To ordynatorzy, kierownicy i dyrektorzy mają moc sprawczą, aby wymagać od swoich podwładnych odpowiedniej postawy w pracy. Najgorsze co mogą zrobić, to najpierw latami przymykać oko, a jak dojdzie do jakiejś spektakularnej historii, np. pacjent wezwie do pijanego lekarza policję, wylać go po prostu na bruk. To zwykle gwóźdź do trumny dla tego chorego człowieka.

• **Aby tak się nie musiało dziać, powołano w izbach lekarskich instytucje pełnomocników?**

– Właśnie po to – pełnomocnicy mają być takim ogniwem, instytucją, która podsuwa choremu koledze różne warianty

ty pomocy. Ideałem byłoby, aby takie osoby zgłaszały się do nas same, ale do tej pory nie spotkałam się z taką postawą. Większość takich lekarzy zapraszamy na rozmowę po interwencji rodziny, czasem kolegów. Jeden jedyny raz, problem pijącego pracownika zgłosił mi jeden z dyrektorów szpitali. Niestety, jak zauważyłam, oczekiwania są takie, że to ja będę jakimś cudem wyszukiwać lekarzy z problemem alkoholowym. Nikt nie jest jasnowidzem! Nie ma takich możliwości! Jeśli nie zostanie wcześniej poinformowana o problemie, o „wpadkach” lekarzy, którzy przyjmowali pacjentów pod wpływem alkoholu, dowiaduję się tak jak wszyscy – z mediów. A przecież wiele można zdziałać, zanim „mleko się rozleje”.

• **Czego może oczekiwać osoba, która zdecyduje się zgłosić do pełnomocnika?**

– Po pierwsze, diagnozy. Jeśli moja nie wystarczy, taki lekarz dostanie skierowanie do odpowiedniej poradni leczenia uzależnień. Jeśli to konieczne, będzie mógł skorzystać z leczenia stacjonarnego. Tu mogę się włączyć i znaleźć miejsce w każdym takim ośrodku na terenie Polski. Wiem, że dla wielu kolegów problemem jest podejmowanie kuracji blisko domu i miejsca pracy. Pomogę wybrać optymalne miejsce. Mogę pośredniczyć w mediacjach z szefostwem, aby leczyli się bez strachu o miejsce pracy. Bo to właśnie szansa na dalszą kontynuację kariery zawodowej jest często głównym motorem i siłą napędową do walki z uzależnieniem. Pomocy może szukać też u mnie rodzina lekarza. Ich wsparcie i zrozumienie jest bezcenne.

• **Muszę na koniec zapytać o chyba najważniejszy problem: Czy można skłonić uzależnionego lekarza do leczenia się?**

– Nie można – to wolny wybór tego człowieka, który nie jest przecież ubezwłasnowolniony. Ale z całą pewnością nie można beczynnym patrzeć, jak się pograża w destrukcji. Wszyscy wtedy stajemy się jakby jego współnikami. Dlatego warto próbować. Czasem drastycznie, grożąc utratą pracy, odebraniem prawa wykonywania zawodu, ale na pewno nie pseudokoleżeństwem i tuszowaniem jego alkoholizmu. Ktoś, kto pod wpływem alkoholu zajmuje się pacjentami, musi się liczyć z konsekwencjami takiej postawy. Działania pełnomocników są koordynowane przez NIL. Wspólnie wypracowujemy zasady, opierając się na doświadczeniach kolegów z poszczególnych izb lekarskich.

„Medicus” 5/2009



informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 12 V 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży. Prezydium zaproponowało, aby ust. 1 § 2 otrzymał następujące brzmienie: „1. opieka medyczna nad kobietą w ciąży jest sprawowana przez lekarza, lekarza dentystę lub położną w formie: 1. podstawowej opieki zdrowotnej, 2. ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, 3. leczenia szpitalnego, opieki stomatologicznej.”

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie depozytu wartościowych rzeczy pacjenta w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej. Prezydium zgłosiło uwagę, aby w przypadku pacjentów nieprzytomnych lub

niezdolnych do zrozumienia swojej sytuacji, o których mowa w § 6 projektu rozporządzenia, ich rzeczy wartościowe były przyjmowane do depozytu komisyjnie, a nie – przez jedną osobę.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w egzaminie specjalizacyjnym z medycyny rodzinnej.
- Udział w konferencji uzgadniającej dotyczącej projektu rozporządzenia MZ w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
- Udział w konferencji naukowej „Współczesne wyzwania bioetyczne” zorganizowanej przez Koło Naukowe Utriusque Iuris i Centrum Myśli Jana Pawła II.
- List do Jakuba Szulca, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – w sprawie dodania kilku dziedzin medycyny do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.
- Udział w uroczystym podpisaniu umowy na wykorzystanie CPT-PL z Generali T.U.S.A.
- Udział w posiedzeniu Podkomisji nadzwyczajnej Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka Sejmu do rozpatrzenia projektu nowelizacji ustawy o Krajowym Rejestrze Karnym.

- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Zdrowisk NRL w Wieliczce.
- Spotkanie z minister zdrowia Ewą Kopacz nt. projektu rozporządzenia w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.
- Udział w konferencji szkoleniowej Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej w Jachrance.
- Udział w posiedzeniu Konwentu Przewodniczących ORL w Zielonej Górze.
- List do Ewy Kopacz, minister zdrowia – prośba o przychylenie się do zgodnego stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej, licznych okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich oraz licznych stanowisk senatorów, posłów i organów samorządu terytorialnego i utrzymanie w projekcie zasady zapisanej w obowiązującej ustawie z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (art. 2 ust. 3), tzn. pozostawienia kompetencji ustalania obszaru działania, liczby oraz siedzib okręgowych izb lekarskich w gestii samorządu lekarskiego.

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

Dokumentacja medyczna w gabinecie stomatologicznym

Halina Porębska

Dokumentacja medyczna stanowi nieodłączną część pracy lekarskiej i jest opisem wiedzy uzyskanej z przeprowadzonego z pacjentem wywiadu, wniosków z badania przedmiotowego i sprawozdania z podjętych przez lekarza czynności.

Od jakości i czytelności tej dokumentacji może zależeć zdrowie, a nawet życie pacjenta oraz, co również bardzo ważne, bezpieczeństwo lekarza i lekarza dentystry.

Dlatego dokumentację należy sporządzać zachowując szczególną staranność, pamiętając, że zewnętrzna ocena wiedzy i umiejętności lekarza często dokonuje się wyłącznie na podstawie zapisów w karcie choroby pacjenta, zwanej obecnie kartą zdrowia i choroby.

Szczególną uwagę na zagadnienia związane z prowadzeniem, przechowywaniem i udostępnianiem dokumentacji powinni zwrócić lekarze prowadzący indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe praktyki lekarskie, a wśród nich zwłaszcza ci, którzy wykonują zawód w postaci praktyk w miejscu wezwania. Nie do końca uregulowana sytuacja prawna tych ostatnich, gdy pracują w oparciu o umowy kontraktowe, może prowadzić do nieporozumień, kiedy dojdzie do sprawy roszczeniowej. Często okazuje się, że ci lekarze nie są właścicielami dokumentacji medycznej, którą prowadzą i nie mogą nią dysponować zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W chwili obecnej podstawę prawną regulującą zagadnienie dokumentacji medycznej w odniesieniu do praktyk lekarskich stanowią:

1. ustawa z 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. nr 28, poz 152 z 1997 r. ze zm.),
2. rozporządzenie ministra zdrowia z 30 VII 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz.U. nr 83 z 2001 r.).

Na podpis prezydenta czeka obecnie ustawa „Przepisy wprowadzające”, uchwalona 24 IV 2009 r. Po jej podpisaniu i ogłoszeniu w Dz. U. wejdzie w życie ustawa z 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417).

Większość lekarzy i lekarzy dentystry prowadzących swoje praktyki zna te przepisy i stosuje się do nich w codziennej pracy. Niestety, część koleżanek i kolegów uważa, że ich te zasady nie dotyczą, a co ważniejsze są przekonani, że nigdy nie znajdą się w sytuacji, kiedy prawidłowy i dokonany z należytą starannością zapis w dokumentacji medycznej okaże się jedynym dowodem przemawiającym na ich korzyść w przypadku roszczenia pacjenta.

UWAGA!

Zdarza się, że niedbale prowadzona karta choroby pacjenta, przedstawiona jako dowód w sprawie, przemawia na niekorzyść obwinionego lekarza, pomimo że jego postępowanie było prawidłowe.

Rzecznicy, zastępcy rzeczników i członkowie sądów lekarskich zwracają uwagę na niestaranność zapisów w dokumentacji medycznej jako na główną przyczynę trudności w prawidłowej ocenie postępowania lekarza.

Nadal zbyt często spotyka się niedbale prowadzone karty choroby, zapisy sporządzane z obowiązkowymi przepisami i bez dbałości o rzetelność i sens zapisu.

PRZYKŁAD

Zapis w karcie:

Imię i nazwisko...xxx

Data ... st. post extra. Rp. Augmentin

Można sądzić, że lekarz uznał sam fakt usunięcia zęba za dostateczny powód do zastosowania antybiotyku.

Zmiany ogólne i miejscowe, gorączka, obrzęk, szczękoscisk nie były dla tego lekarza dość ważne, aby odnotować je w karcie choroby. Nie wpisano również wieku pacjenta, jego adresu ani dawki zastosowanego antybiotyku.

Sprawa trafiła do rzecznika odpowiedzialności zawodowej w wyniku ciężkich powikłań, które spowodowały długotrwały pobyt pacjenta w szpitalu. Proszę ocenić,

czy rzecznik mógł z całą odpowiedzialnością stwierdzić, że lekarz zrobił wszystko, co należało, aby uchronić pacjenta przed powikłaniem. Czy wykazał należyta staranność w ocenie stanu pacjenta?

Jeżeli nawet tak było, stan dokumentacji medycznej świadczył na niekorzyść lekarza.

PRZYKŁAD

Zapis w karcie:

Imię i nazwisko...xxx

Adres ...

data urodzenia ...

data ... oddanie protezy

data ... 6 + parapasta + fleczer

data ... porada

data ... porada

data ... porada

W przypadku sprawy roszczeniowej trudno będzie ocenić, co naprawdę zrobił lekarz u tego pacjenta. Kierując się zapisami w karcie można sądzić, że poradził pacjentowi, aby sobie poszedł dokądkolwiek. Co też ten uczynił i znalazł się u rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Również ten lekarz nie zachował należytej staranności w postępowaniu.

WAŻNE

Dokumentowanie pracy jest jej częścią i do tej czynności trzeba stosować te same reguły, które obowiązują lekarza w postępowaniu z pacjentem, a więc także należyta staranność.

Z praktyki orzecznictwa zawodowego wynika, że częsty jest również absolutny brak dokumentacji w przypadkach, gdy pacjent zgłosił się tylko raz lub został przez lekarza dentystrę skierowany do innego gabinetu. Lekarze nie uznają za potrzebne odnotowania faktu zbadania pacjenta, stwierdzenia, że nie podejmują się prowadzić leczenia lub wykonania uzupełnienia protetycznego. Uważają sam fakt badania za mało ważny i bez konsekwencji na przyszłość.

Niestety, okazuje się często, że nie mają racji, a pacjent, którego wyrzucili z pamięci, odbija się czkawką jako roszczeniowy.

Dlatego warto poznać zasady prowadzenia dokumentacji, a niezależnie od przepisów – w jej prowadzeniu kierować się zasadą zdrowego rozsądku i dbałością również o własne bezpieczeństwo. We wspomnianej na wstępie ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry zagadnienie dokumentacji medycznej reguluje art. 41. Końcowy ustęp tego artykułu zawiera delegację dla ministra zdrowia do wydania przepisów wykonawczych regulujących zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

Art. 41. 9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowe warunki jej udostępniania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia.

Wybrane przepisy tego rozporządzenia są przedmiotem niniejszego opracowania.

Omówienie wybranych przepisów rozporządzenia

Uwagę zwrócę przede wszystkim na te przepisy rozporządzenia, które wprowadzają zasady ważne ze względu na bezpieczeństwo pacjenta i lekarza.

Rozporządzenie określa:

- co jest dokumentem medycznym,
- w jakiej formie musi być prowadzona dokumentacja medyczna,
- jak się dzieli,
- co powinna zawierać,
- w jaki sposób musi być przechowywana,
- jak powinna być skatalogowana,
- okres przechowywania i zasady niszczenia dokumentacji,
- sposób i warunki udostępniania dokumentacji.

§ 2 Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania z 30 VII 2001 r. (Dz.U. nr 83 z 2001 r.).

1. Indywidualną dokumentację medyczną, zwaną dalej „dokumentacją”, stanowią zbiory dokumentów medycznych, zawierających dane i informacje medyczne, dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentem medycznym, o którym mowa w ust. 1, jest każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, którego stanu zdrowia lub udzielanych świadczeń zdrowotnych dokument dotyczy, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- 2) oznaczenie lekarza, który sporządził dokument,
- 3) dane odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) datę sporządzenia.

Pamiętać wobec tego należy, że każda notatka lekarza zawierająca wymienione wyżej dane jest dokumentem medycznym i musi być przechowywana w warunkach zapewniających jej poufność, zabezpieczenie przed dostępem osób niepowołanych oraz przed zniszczeniem lub zgubieniem.

Skończyć należy z notatkami w podręcznym notesie, który następnie kładzie się w miejscach przypadkowych lub zostawia przez zapomnienie w kolejnej pracy.

WAŻNE

Za dane umieszczone w dokumentacji medycznej odpowiada lekarz, który tę dokumentację sporządził.

§ 3. Dokumentacja jest prowadzona, w odniesieniu do każdego pacjenta, w formie pisemnej.

Oznacza to, że wszelkie dane z wywiadu, spostrzeżenia, wyniki badań i obserwacji pacjenta należy do dokumentacji wpisać, nie ufając swojej pamięci ani pamięci pacjenta. Jedna i druga bywają zawodne, zwłaszcza wtedy, gdy pacjent znika na kilka miesięcy i pojawia się ponownie. Jeżeli dokumentacja nie jest prowadzona w sposób właściwy, bardzo trudno udowodnić pacjentowi, że coś, co pokazuje jako niedokończony lub jego zdaniem „spaprane” leczenie jest dziełem innego kolegi.

§ 4. 1. Dokumentację dzieli się na dokumentację wewnętrzną, przeznaczoną dla lekarza, oraz dokumentację zewnętrzną, przeznaczoną dla pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza.

2. Dokumentacją wewnętrzną jest historia zdrowia i choroby.

3. Dokumentacją zewnętrzną są: skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, karta przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

W tym przypadku prawodawca nie wprowadził niczego nowego. Lekarz praktykujący zawsze posługiwał się pojęciem dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej.

Zwracam natomiast uwagę na następny paragraf, w którym mowa jest o takim modnym obecnie prowadzeniu i utrwalaniu dokumentacji w formie elektronicznej. Można to robić, ale pod pewnymi warunkami.

§ 5. Dokumentacja może być również sporządzana i utrwalana na komputerowych nośnikach informacji, pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem,
- 4) sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji w formie pisemnej,
- 5) sporządzania i przechowywania podpisanych przez lekarza wydruków.

Tym zapisem minister zdrowia dopuścił nowoczesną formę prowadzenia dokumentacji medycznej, obwarował ją jednak warunkami zapewniającymi ochronę danych osobowych, jak również pozwalającymi na identyfikację pacjenta i lekarza. Proszę pamiętać, że również ta dokumentacja musi zawierać pełne dane o pacjencie i dokładny, sporządzony z należytą starannością zapis postępowania lekarskiego.

§ 6. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

Oznacza to, że każdy pacjent, który trafi do lekarza i uzyska od niego świadczenie medyczne, nawet jeżeli będzie to „tylko porada” – musi mieć założoną dokumentację medyczną.

Jest to bardzo ważny zapis. Wiele spraw roszczeniowych zostało wygranych przez pacjenta dlatego, że lekarz udzielający błędnego, jego zdaniem, świadczenia medycznego nie założył pacjentowi karty i nie odnotował faktu udzielenia świadczenia.

Po kilku miesiącach lekarz nie jest w stanie przypomnieć sobie czy ten pacjent faktycznie był, jak wyglądał, w jakim przyszedł stanie i czy zabieg, który zdaniem pacjenta wywołał powikłania, rzeczywiście został wykonany w tym gabinecie.

Pacjent przedstawia świadków zdarzenia, a lekarz nie potrafi się obronić. Przyczyną jest brak dokumentacji. Takie postępowanie lekarza jest sprzeczne z przepisami, jak również z zasadami Kodeksu Etyki, a nade wszystko świadczy o braku zdrowego rozsądku.

Pacjent ma prawo do tego, aby lekarz zbadał go uważnie, a swoje spostrzeżenia

dokończenie na str. 20

Dokumentacja medyczna

dokończenie ze str. 19

zapisał. Daje to bowiem możliwość przedstawienia innemu lekarzowi pełnej historii choroby w razie konieczności kontynuowania leczenia w innym miejscu. Od tego może zależeć bezpieczeństwo pacjenta, a także bezpieczeństwo leczącego go lekarza.

WAŻNE
Dbając o bezpieczeństwo pacjenta lekarz chroni również siebie przed skutkami wpływającymi z odpowiedzialności zawodowej.

Proszę pamiętać, że wyrosło już całe pokolenie polskich prawników, którzy specjalizują się w prowadzeniu spraw rozstrzeniowych przeciwko lekarzom. Pierwsze pytania, jakie zadają petentowi, który ma zamiar skarżyć lekarza o jakieś zaniedbanie, brzmią: Czy lekarz pan/panią badał? Czy założył kartę i coś tam wpisywał?

Jeżeli pacjent zauważył, że lekarz, badając go pobieżnie, niczego nie zapisał – prawnik przystępuje do ataku, pewny wygranej.

§ 7. Lekarz dokonuje w dokumentacji wewnętrznej wpisu o wydaniu dokumentacji zewnętrznej lub załącza jej kopie.

W tłumaczeniu z języka prawniczego na codzienny oznacza to, że wydając pacjentowi skierowanie na badania diagnostyczne lub konsultacje jesteśmy zobowiązani wpisać ten fakt do karty choroby pacjenta lub załączyć kopie wydanych dokumentów. W ten sposób:

- chronimy siebie przed zarzutem zaniechania, w przypadku gdy pacjent pomimo skierowania nie zgłosi się u konsultanta lub nie wykona zleconych badań,
- zapewniamy pacjentowi ciągłość procesu terapeutycznego, jeżeli z jakichś względów trafi do innego lekarza,
- umożliwiamy organom kontrolnym zbadanie, czy nasz tok myślenia był prawidłowy, wiedza dostateczna, a podjęte działania uzasadnione.

Część lekarzy nie odnotowuje faktu skierowania na badania, a zwłaszcza na konsultacje oraz zleceń na wykonanie zabiegów u specjalisty, aby nie narazić się na zarzut spychania trudniejszych przypadków na innych. Szczególnie młodzi lekarze wstydzą się kierowania pacjentów do kolegów bardziej doświadczonych, uważając, że to świadczy o ich nieporadności. Jedynym wyjściem z takiej sytuacji jest staranie o podniesienie swoich kwalifi-

kacji, bowiem nie da się przez czas dłuższy ukryć lęku przed wykonaniem zabiegu ani dobrze pracować będąc przekonanym, że nie sprostą się wyzwaniom zawodowym. Natomiast oddanie pacjenta w bardziej doświadczony ręce nie przynosi nikomu ujmy i często jest koniecznością. Nie sposób być w jednakowym stopniu sprawnym we wszystkich dziedzinach stomatologii. Nie jest to też potrzebne. Staramy się wszak o możliwość uzyskiwania szczególnych umiejętności także w stomatologii. Myślę, że niesłuchanie rzadka jest sytuacja, w której lekarz stomatolog z upodobaniem zajmuje się endodoncją, ale również pała gorącym uczuciem do ekstrakcji, szczególnie skomplikowanych. Być może zdarzają się tacy hobbisci, ale jest ich niewielu.

Wracając do dokumentacji należy odpowiednio uzasadnić skierowanie, co będzie świadczyło o poczuciu odpowiedzialności lekarza i jego dbałości o dobro pacjenta.

§ 8. 1. Lekarz włącza do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

2. Dokument medyczny włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

Ten paragraf nie wymaga komentarza.
§ 9. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera pogrupowane dane i informacje:

- 1) identyfikujące pacjenta:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) numer PESEL – jeżeli został nadany, a w przypadku noworodka – numer PESEL matki,
- 2) identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku lekarza wykonującego zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej – również numer wpisu do rejestru, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską,
 - c) podpis lekarza,
- 3) o ogólnym stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach medycznych pacjenta,
- 4) o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych,
- 5) ocenę środowiskową, z zastrzeżeniem ust. 5.

2. Część historii zdrowia i choroby dotycząca ogólnego stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów medycznych zawiera informacje o:

- 1) przebytych poważnych chorobach,
- 2) chorobach przewlekłych,
- 3) pobytach w szpitalu,
- 4) zabiegach chirurgicznych,
- 5) szczepieniach i stosowanych surowcach,
- 6) uczuleniach,
- 7) obciążeniach dziedzicznych.

3. Część historii zdrowia i choroby dotycząca porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach,
- 4) adnotacje o zleconych zabiegach, przepisanych lekach lub materiałach medycznych,
- 5) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji,
- 6) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 7) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy,
- 9) dane identyfikujące lekarza zgodnie z ust. 1 pkt 2.

4. Część historii zdrowia i choroby dotycząca oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym:

- 1) zawód wykonywany oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczenie o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo inne orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem,
- 2) zagrożenia zdrowia w miejscu zamieszkania.

5. Informacje wymienione w ust. 4 są wpisywane do dokumentacji, jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

Uważne przeczytanie powyższego tekstu uświadamia lekarzowi, jak wiele danych powinno znaleźć się w karcie pacjenta. Jakikolwiek zaniedbania w sporządzaniu dokumentacji lekarz bierze na własne sumienie i ryzyko.

Zwracam uwagę, że w części dotyczącej danych lekarza nie wpisano obowiązku posługiwania się pieczętką lekarską. Wystarczy podpis lekarza, pod warunkiem wpisania wszystkich wymaganych danych.

Wygodniej jest oczywiście dane te umieścić na pieczęcie, ale takiego obowiązku nie ma w przypadku dokumentacji medycznej.

§ 10. Lekarz kierujący na badanie lub

konsultację przekazuje lekarzowi lub zespołowi opieki zdrowotnej, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z historii zdrowia i choroby pacjenta, niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

Ten wymóg jest bardzo logiczny, niestety, w praktyce stosowany niezmiernie rzadko. Skarżą się często specjaliści, że w badaniu muszą polegać wyłącznie na wywiadzie, bowiem lekarz kierujący, pisząc skierowanie, nie kwapi się z podaniem swoich spostrzeżeń lub choćby skromnego, a stosowanego dawniej znacznie częściej: susp. + nazwa jednostki chorobowej.

§ 14. 1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu.

3. Każdy wpis do dokumentacji musi być opatrzony datą wpisu oraz podpisem lekarza.

4. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeśli został dokonany błędnie, powinien być skreślony oraz opatrzony datą skreślenia i podpisem lekarza.

5. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

Zwracam uwagę, że pozornie mało znaczące i dobrze znane zapisy tego paragrafu mogą stanowić nie lada pułapkę. Oto napisano czarno na białym, że dokumentacja musi być prowadzona czytelnie. Proszę przyjrzeć się kartom swoich pacjentów i zastanowić, czy wpisy są czytelne i dla kogo czytelne. Proszę pamiętać, że jak wynika z dalszych paragrafów, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy, a także upoważnione organy mają prawo wglądu do dokumentacji i należy się spodziewać, że po to dano im to prawo, aby mogli dokumentację odczytać.

Do momentu wydania rozporządzenia każdy lekarz miał prawo pisać „jak kura pazurem”, należało to nawet do dobrego tonu, jeżeli bazgroły lekarskie umiały odczytać tylko zaprzyjaźniony z nim aptekarz. Wtajemniczeni mówili, że pan doktor nie wiedząc, co przepisać bazarzał cokolwiek, a już pan aptekarz dobierał odpowiedni środek. Teraz koniec takich żartów. Lekarz ma pisać tak, aby przeciętny śmiertelnik mógł odczytać jego pismo. Do pomocy ma komputer i drukarkę.

Nie jestem pewna co ustawodawca miał na myśli pisząc, że należy zaznaczać koniec każdego wpisu. Ponieważ nie określono tego dokładnie, myślę, że uzdolniony plastycznie lekarz dentysta może każdy wpis kończyć rysunczkiem tańczącego zęba albo też krasnoludka, zależnie od upodobania. Osobiście nie lubię takich niekonkretnych zapisów, więc przyjmijmy, że może to być wyraźna

kropka i mały odstęp przed następnym wpisem. Oczywiście na końcu każdego wpisu lekarz umieszcza swój podpis.

Bardzo ważną sprawą jest obowiązek umieszczania co najmniej imienia i nazwiska pacjenta na każdej stronie dokumentacji. Niejednokrotnie widywałam historie choroby, kilkunastoletnie, grube i opasłe, opatrzone na pierwszej stronie imieniem, opatrzone na pierwszej stronie imieniem nazwiskiem, czasem także adresem pacjenta. Kolejne strony po wnikliwym badaniu okazywały się kartami dziadka, żony lub niedawno narodzonego dziecka pacjenta. W rezultacie trzydziestoletni mężczyzna miał na stronach swojej historii choroby wpis leczenia zastosowanego z powodu ostrego zapalenia przydatków, na następnej stronie okazywało się, że cierpi z powodu zębokowania, a na jeszcze innej dumnie prezentował się przepisany dziadkowi Geriavit.

Wprawdzie lekarze dentyści w dokumentacji nie znajdują aż takiego urozmaicenia, ale gdy młoda pacjentka zajrzy do swojej karty i przeczyta, że oddano jej właśnie protezę całkowitą – nie będzie zachwycona i może się poskarżyć. Może też zmienić lekarza i pójść do innego gabinetu.

Skończmy zatem z rodzinnymi historiami chorób i przyjmijmy, że każdy pacjent ma prawo do własnej, rzetelnej dokumentacji.

W następnym numerze m.in. znowelizowane przepisy dotyczące terminów przechowywania dokumentacji medycznej.

Podsumowując, należy powiedzieć, że istnienie przepisów regulujących sprawę dokumentacji medycznej jest faktem pozytywnym. Trzeba je dokładnie poznać i stosować, pamiętając o tym, że leży to w interesie pacjenta, ale i lekarza.

Jeżeli w trochę krzywym zwierciadle przedstawić niektóre zagrożenia wiążące się z dokumentacją, nie znaczy to, że jest ona czymś strasznym lub utrudniającym życie.

Przeciwnie, każdy lekarz, szczególnie pracujący dłużej niż 10 lat, wie jak ważny jest prawidłowy opis wszystkiego, co dotyczy pacjenta i kontaktu z nim. Często od prawidłowo sporządzonej dokumentacji zależy czy pacjent uniknie zbędnych badań, nerwowego biegania od specjalisty do specjalisty i czy doczeka się prawidłowej diagnozy w możliwie najkrótszym czasie.

Dla lekarza prawidłowo prowadzona dokumentacja jest dowodem, że szanuje i rozumie pacjenta, ma ugruntowaną wiedzę medyczną i kontakt z nowoczesną medycyną oraz wykazał szczególną staranność w wykonywaniu zawodu.

W omawianiu dokumentacji nie uwzględniono zagadnienia wpisów dotyczących zgody pacjenta, ale jest to temat nadający się do osobnego opracowania.

Halina Porębska

Jakość życia jako cel leczenia

Piotr Sobański

Termin „leczenie” oznacza podejmowanie działań zmierzających do osiągnięcia celu terapeutycznego. Może być nim przywrócenie zdrowia, wydłużenie życia lub zmniejszenie cierpienia.

Realizacja każdego z tych celów może wymagać innego leczenia, zwłaszcza w zaawansowanych stanach chorobowych. Pacjent, podmiot działań, ma prawo do wytyczenia swojego własnego celu określającego zakres leczenia. Warunkiem świadomego dokonania wyboru przez chorego jest posiadanie rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia, rokowania, ale także niedogodności i zagrożeń potencjalnej terapii. Wyjaśnienie

Terapię można uznać za uporczywą, gdy stosowane środki nie dają szansy na osiągnięcie założonego celu lub gdy cel określony przez leczących przekracza cel sprecyzowany przez chorego. Obie sytuacje dotyczą pacjentów znajdujących się w obliczu zbliżającej się śmierci. Problem ten można zilustrować przykładem chorych we wstrząsie kardiogenym rozwijającym się na podłożu przewlekłej niewydolności serca.

Takich chorych przyjmuje się rutynowo do oddziałów intensywnej terapii i włącza się maksymalną dostępną farmakoterapię. Leczącym przyświeca idea, że przedłużenie życia choćby o jeden dzień jest sukcesem. Choć większość chorych umiera, czasem udaje się wyprowadzić pacjenta z takiego stanu, a nawet wypisać go do domu. Nadzieja, że każdy ma szansę wyjść z ostrej dekomensacji niewydolności serca sprawia, iż większość chorych z niewydolnością serca umiera podłączona do wszystkich możliwych aparatów. Niestety, nierzadko przytrafia się takim chorym reanimacja w przypadku zatrzymania krążenia. Jeśli pacjent przeżyje takie zaostrzenie i zostanie wypisany do domu, najczęściej wraca do

szpitala w podobnych okolicznościach w krótkim czasie. W tak zaawansowanym okresie choroby priorytetem pacjenta może być przeżycie kilku dni w domu czy śmierć w otoczeniu najbliższych, a nie dążenie do przeżycia kolejnego tygodnia czy miesiąca. Wybranie jakości życia jako celu leczenia upoważnia do stosowania metod zmniejszających dolegliwości, nawet jeśli potencjalnie nie tylko nie zmniejszają one ryzyka zgonu, ale mogą je wręcz zwiększać.

Terapię uporczywą kojarzy się z okresem, kiedy śmierć wydaje się nieuchronna, a agresywne leczenie bardziej przedłuża umieranie niż życie. Wytyczenie granicy pomiędzy podtrzymywaniem życia a przedłużaniem agonii w chorobach przewlekłych jest jednak trudniejsze niż w schorzeniach onkologicznych. Przebieg chorób nowotworowych jest szybko postępujący, a przez to bardziej przewidywalny. W chorobach przewlekłych stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia przerywane bywa nagłymi pogorszeniami. Nie za każdym razem są one przemijające, czasem okazują się być incydentami kończącymi życie. Skale oceniające rokowanie nie pozwalają

na precyzyjne określenie prawdopodobieństwa zgonu, a moment śmierci jest trudniejszy do przewidzenia. Pytanie o terapię uporczywą w takich sytuacjach może więc zająć się z pytaniem o terapię nieproporcjonalną. W chorobach postępujących, gdy zbliża się śmierć, stopniowo ustają czynności życiowe. Rozpoznanie momentu, kiedy ograniczenie zdolności do życia staje się tak duże, że uzasadnia weryfikację celów leczenia, bywa trudne. Człowiek jako autonomiczna jednostka ma prawo do określenia momentu, od którego nie życzy sobie dalszego zabiegania o wydłużenie jego własnego życia. Konieczne jest zaakceptowanie przez leczących prawa chorego do subiektywnej oceny jakości życia i wytyczenia granic terapii.

Różnice pomiędzy akceptowaną przez chorego jakością życia a cierpieniem, którego nie ma już siły znosić, bywają bardzo dyskretne. Czasem wydarzenia, których chorzy stają się świadkami, dotyczące innych pacjentów, zmieniają sposób zapamiętywania się na własną chorobę i pomagają wytyczyć granice, do których akceptują swoje aktywne leczenie. Jeden z pacjentów umierających z powodu skrajnej przewlekłej niewydolności serca dopiero po przeżyciu zabiegów resuscytacyjnych, których był świadkiem, potrafił wytyczyć granice leczenia, na które wyrażał zgodę. Chory ten zmarł spokojnie po krótkim czasie, nie życząc sobie podejmowania dodatkowych zabiegów.

Lekarze na co dzień podejmują decyzje o leczeniu w skrajnym okresie zaawansowania chorób przewlekłych. W praktyczny sposób dokonują więc wyborów co terapię uporczywą jest, a co jeszcze nie. Nienazwanie takich decyzji rezygnacją z terapii uporczywej zmniejsza poczucie obciążenia podejmowanymi decyzjami.

Spotykana czasem postawa wykorzystania wszystkich metod w celu przedłużenia życia chorego wynika z braku akceptacji śmierci jako naturalnego kresu choroby. Śmierć pacjenta utożsamiana jest z klęską terapii. Podejmowanie uporczywych starań o utrzymanie umierającego przy życiu bywa uzasadniane chęcią powiedzenia rodzinie, że wykorzystano wszystkie dostępne środki dla ratowania ich bliskiego. Niezależnie od pobudek, z naiwnej dobroci, zapomina się w takich przypadkach o samym umierającym.

Rodzina chorego jest kolejnym uczestnikiem podejmowania decyzji o leczeniu. Brak zrozumienia dokonywanych wyborów, nawet zgodnych z oczekiwaniami chorego, rodzi w osieroconych poczucie winy, z którym borykają się przez wiele lat. Obawa przed moralną odpowiedzialnością za zaniechanie leczenia często skutkuje oczekiwaniem maksymalnej terapii do samego końca. Wyjaśnienie, że komfort umierania może być ważniejszy niż walka o kolejne godziny życia, często rodzi akceptację. Zapytanie rodziny, jak sami chcieliby być leczeni w takiej sytuacji, czasem ułatwia zrozumienie potrzeb chorego.

Dyskusja na temat terapii uporczywej przygotowuje nas do podejmowania takich wyborów. Chory świadomy prawa do rezygnacji z leczenia może uniknąć nadmiernego cierpienia. Rodzina łatwiej zaakceptuje wybór chorego i stanowisko lekarzy. Zespół leczący może uniknąć leczenia z poczucia przymusu działania. Warunkiem koniecznym dostosowania celów leczenia do oczekiwań chorego w obliczu zbliżającej się jego śmierci jest dobra komunikacja z rodziną i całym zespołem leczącym. Taki dialog powinien zacząć się jednak dużo wcześniej niż w ostatnich godzinach życia.

Prezes elekt Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

Dr hab. n. med. **Zbigniew Włodarczyk**, prof. UMK, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza został prezesem elektą Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Wybory odbyły się podczas IX Kongresu Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, w maju, w Krakowie.



Profesor Zbigniew Włodarczyk ma 53 lata. Od 2000 r. pracuje w Katedrze i Klinice Transplantacji i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza, którą od podstaw zorganizował. W 2003 r. Klinika wykonała największą liczbę przeszczepień nerek w Polsce. Do tej pory jednostka przeprowadziła 650 transplantacji nerek. Prof. Włodarczyk jest także członkiem Krajowej Rady Transplantacyjnej, działającej przy Ministrze Zdrowia oraz członkiem Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Pełni funkcję konsultanta regionalnego ds. transplantologii.

Nowy prezes przejmie obowiązki obecnego szefa PTT (aktualnie tę funkcję sprawuje prof. Magdalena Durlik, wcześniej prof. Wojciech Rowiński,

przed nim prof. Zbigniew Religa) w 2011 r.

Zbigniew Włodarczyk planuje „ekspansję” Towarzystwa w dwóch geo-

graficznych kierunkach – na zachód i wschód. „Zbyt mało naszych kolegów przystępuje do europejskich egzaminów z chirurgii transplantacyjnej. Szkoda, bo jeżeli zdali polski egzamin, na pewno dysponują odpowiednią wiedzą. Kolejną istotną sprawą jest uzyskiwanie akredytacji przez polskie ośrodki transplantacyjne, co dałoby im możliwość szkolenia m.in. lekarzy z Europy Zachodniej” – mówi o swoich „zachodnich” planach profesor Włodarczyk.

„Wschodnie” działania Towarzystwa mają skupić się na wsparciu, głównie Białorusi i Ukrainy, we wdrażaniu programów transplantacyjnych, a także na pomocy stypendialnej dla lekarzy-transplantologów z tych rejonów.

PTT będzie się też musiało zmierzyć ze spadającym wśród polskich lekarzy zainteresowaniem specjalizacją z chirurgii transplantologicznej. Problem wyraźnie widać już w Anglii, która boryka się z kłopotami kadrowymi, bo lekarze nie chcą zajmować się dziedziną, nie tylko trudną, ale też niemożliwą do uprawiania w praktyce prywatnej. „Polskie ośrodki transplantacyjne w większości nadal są kierowane przez osoby, które je zakładały. Młodych ludzi brakuje – niepokoi się Zbigniew Włodarczyk. – Nie wystarczy młodym kolegom zaproponować tylko szansy na rozwój naukowy, by «ściągnąć» ich do zawodu, ta dziedzina medycyny musi być lepiej finansowana.”

Przychodzi lekarz do prawnika

Nadzór ordynatorski – wykonywanie funkcji kierowniczej czy pełnienie dodatkowego dyżuru?

Osoby zajmujące stanowisko ordynatora mają obowiązek sprawowania ciągłego nadzoru nad podległą mu jednostką. W praktyce obowiązek ten budzi wiele wątpliwości, ponieważ kwestie te nie zostały w sposób wyraźny uregulowane przez obowiązujące przepisy prawa.

Najczęściej pojawiające się pytania dotyczą tego, czy ordynator może zostać zobowiązany przez pracodawcę (kierownika ZOZ) do pełnienia całodobowego nadzoru i czy za ten czas przysługuje mu wynagrodzenie lub czas wolny.

Należy podkreślić, że nadzór ordynatorski może być pełniony w ramach całodobowego nadzoru związanego z powierzoną funkcją kierowniczą lub w ramach lekarskiego dyżuru pod telefonem.

W przypadku, gdy ordynator pełni nadzór w ramach sprawowanej funkcji, za czas nadzoru nie przysługuje mu ani czas wolny od pracy, ani dodatkowe wynagrodzenie. Wynika to z faktu, że wynagrodzenie, jakie otrzymuje ordynator, obejmuje wykonywanie świadczeń

zdrowotnych, a także pełnienie szczególnej funkcji kierowniczej polegającej na wykonywaniu czynności administracyjnych i gospodarczych. Całodobowy nadzór ordynatorski pełniony w ramach sprawowanej funkcji nie może mieć charakteru typowego dyżuru pod telefonem, podczas którego ordynator pozostaje w pełni do dyspozycji pracodawcy poza zakładem pracy i w każdej chwili może zostać wezwany w związku z potrzebą udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Całodobowy nadzór ordynatorski pełniony w ramach sprawowanej funkcji może mieć jedynie charakter asekuracyjny i konsultacyjny. Warto podkreślić, że nadzór pełniony w ramach sprawowanej funkcji kierowniczej jest nieodłącznym elementem zarządzania podległą jednostką.

Przykład: lekarze pełniący dyżur nocny kontaktują się telefonicznie z ordynatorem o godz. 21.00, w celu przekazania informacji, że jeden z lekarzy pełniących dyżur pod telefonem odmówił stawienia się w miejscu pracy, a w związku ze zwiększoną liczbą przyjęć pacjentów niezbędne jest zwiększenie obsady lekarskiej. W ramach nadzoru wynikającego ze sprawowanej funkcji ordynator powinien podjąć decyzje organizacyjne dotyczące dalszego postępowania. W takiej sytuacji obowiązkiem ordynatora jest skontaktowanie się z innym lekarzem z zespołu, którego w ramach polecenia służbowego ordynator zobowiąże do stawienia się w zakładzie pracy.

Całodobowy nadzór ordynatorski polegający na gotowości do podejmowania decyzji organizacyjnych

stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.

Jedną z częstych przyczyn odmowy rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia jest rażące zachowanie pacjenta. Jeżeli pacjent narusza dobra osobiste lekarza (np. obraża lekarza, dyskredytuje jego umiejętności zawodowe, pomawia o przyjęcie korzyści majątkowych w zamian za udzielenie świadczeń zdrowotnych), lekarz ma prawo nie podjąć leczenia lub odstąpić od jego kontynuacji.

Lekarz, który odstępuje od rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia, ma obowiązek poinformować o swoim zamiarze pacjenta i wskazać możliwości rozpoczęcia lub kontynuowania terapii u innego lekarza lub w innej jednostce służby zdrowia.

Należy podkreślić, że lekarz musi poinformować o zamiarze odstąpienia od leczenia odpowiednio wcześniej. Wynika to z faktu, że pacjent musi mieć realne możliwości na znalezienie miejsca, w którym terapia będzie kontynuowana bez przerwy mogącej wpłynąć negatywnie na stan zdrowia pacjenta. Należy też podkreślić, że lekarz zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby może skorzystać z prawa do odstąpienia od kontynuowania leczenia, jeżeli zgodę w tym zakresie wyrazi przełożony lekarz.

Rażące zachowanie pacjenta – podstawa do odmowy kontynuacji leczenia

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry daje lekarzowi możliwość nie podjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki.

Ustawa o zawodach lekarza nie wylicza przypadków, w których lekarz może skorzystać ze swojego prawa. Należy więc przyjąć, że lekarz może odstąpić od leczenia lub odmówić kontynuowania terapii w każdym przypadku, gdy pacjent nie wymaga natychmiastowej pomocy lekarskiej. Obowiązkiem lekarza decydującego się na odstąpienie od leczenia jest odnotowanie i uzasadnienie podjętej decyzji w dokumentacji medycznej pacjenta.

W myśl art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry - dalej UoZL (tj. Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857) lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Oznacza to, że w nagłych przypadkach, w których konieczne jest natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego, lekarz nie

może odmówić podjęcia lub kontynuowania leczenia. W pozostałych przypadkach lekarz może skorzystać z prawa do odstąpienia lub niepodjęcia leczenia na podstawie art. 38 ust. 1 UoZL.

Do kwestii odmowy rozpoczęcia leczenia odnosi się również art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – Dalej UoZOZ (tj. Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89, ze zm.), w myśl którego *zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Zdaniem Sądu Najwyższego (wyrok z 4.01.2007 r., sygn. V CSK 396/06) świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 UoZOZ i art. 30 UoZL, objęte zostały stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Przypadkami niecierpiącymi zwłoki nie są natomiast zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak*

nie może być traktowany jako dyżur pod telefonem, za który przysługuje dodatkowe wynagrodzenie.

Uwaga! Za pełnienie całodobowego nadzoru w ramach sprawowanej funkcji kierowniczej ordynatorowi przysługuje jedynie wynagrodzenie w postaci dodatku funkcyjnego. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że dodatkowe wynagrodzenie nie przysługuje nawet wówczas, gdy w celu podjęcia odpowiednich decyzji, wydania poleceń, zorganizowania pracy zespołu, ordynator zmuszony jest pojawić się w miejscu pracy.

Sytuacja zmienia się, jeżeli ordynator ma pełnić nadzór związany z pozostawaniem w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. W takim przypadku czas oczekiwania na polecenia pracodawcy staje się „dyżurem pod telefonem”. Osoba pełniąc funkcję ordynatora traktowana jest wówczas jak lekarz, który pełni klasyczny dyżur domowy – „dyżur pod telefonem”. Należy przypomnieć, że dyżur tego rodzaju nie wlicza się do czasu pracy, ale za jego pełnienie przysługuje dodatkowe

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że lekarze mogą odmówić kontynuacji leczenia, jeżeli pacjent rażąco narusza regulamin ZOZ-u, w którym jest hospitalizowany (art. 22 ust. 1 pkt 3 UoZOZ). Ustawa o ZOZ zastrzega, że wypisanie ze szpitala nie może nastąpić, jeśli zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób. Warto podkreślić, że podstawą wypisania ze szpitala nie powinno być drobne, mało istotne lub incydentalne naruszenie regulaminu porządkowego.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że wypisanie pacjenta, który rażąco naruszył regulamin szpitala, może nastąpić jedynie wówczas, gdy w danym ZOZ-ie taki regulamin powstał. W przeciwnym razie nawet najbardziej rażące zachowanie pacjenta nie może stać się podstawą odmowy kontynuacji leczenia w warunkach szpitalnych.

Wypisanie ze szpitala nie będzie możliwe, jeżeli hospitalizacja pacjenta ma charakter przymusowy (np. obowiązkowa hospitalizacja w przypadku chorób zakaźnych).

Okoliczności wypisania pacjenta powinny być opisane w dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem

wynagrodzenie. Wynagrodzenie jakie przysługuje za dyżur medyczny zostało określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej – dalej UoZOZ (tj. Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89, ze zm.).

W myśl art. 32 k UoZOZ za każdą godzinę pozostawania do dyspozycji pracodawcy lekarzowi przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewiduje tylko jedną stawkę wynagrodzenia za czas pozostawania do dyspozycji pracodawcy w ramach dyżuru domowego. Oznacza to, że lekarz otrzyma zawsze 50% stawki godzinowej wynagrodzenia, bez względu na to czy będzie pełnił dyżur pod telefonem w nocy, w niedzielę lub święta, czy też w ciągu dnia powszedniego.

Jeżeli lekarz pozostający do dyspozycji pracodawcy zostanie wezwany do stawienia się w ZOZ, do dyżuru będą miały zastosowanie przepisy dotyczące stacjonarnego dyżuru medycznego, co ma szczególne znaczenie, gdy chodzi o kwestie finansowe. Z chwilą wezwania do ZOZ-u lekarz otrzyma za dyżur wynagrodzenie, którego wysokość uzależniona będzie od pory pełnienia dyżuru.

ministra zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006 r., nr 247, poz. 1819 z późn. zm.).

Należy podkreślić, że przeciwko pacjentowi, który został wypisany ze szpitala, może zostać wniesiony pozew do sądu cywilnego, jeżeli pacjent naruszył swoim zachowaniem dobra osobiste personelu medycznego. Z kolei, gdy pacjent dopuści się czynu będącego przestępstwem (np. dopuści się zniesławienia), kierownik ZOZ-u może, stosownie do okoliczności, powiadomić policję lub prokuraturę.

Uwaga! Przez zniesławienie należy rozumieć publiczne pomówienie osoby, grupy osób lub instytucji o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu bądź rodzaju działalności.

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Portrety w pasiaku

Zygmunt Wiśniewski

W połowie 1942 r. w Warszawie nikt ze znanych ludzi nie mógł się czuć bezpiecznie. Gestapo nasiliło masowe aresztowania wśród polskiej inteligencji. Aresztowani trafiali do więzienia na Pawiaku, a stamtąd do obozów w Auschwitz, na Majdanku albo do dalszych – Sachsenhausen, Gross Rosen, Mautchusen, Oranienburga.

Bezpieczny nie czuł się również Mieczysław Michałowicz. Pozostawał na swojej placówce w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Litewskiej, ale unikał pokazywania się w miejscach publicznych. Normą skromnej warszawskiej konspiracji było nocowanie poza domem. Gestapo zjawiało się zwykle przed mieszkaniem wczesnym rankiem. Standardowa ostrożność na niewiele się zdała. Na początku listopada 1942 r. nastąpiły masowe aresztowania wśród warszawskiej inteligencji; gestapo zabrało z domów wielu wybitnych działaczy społecznych, naukowców, literatów, dziennikarzy, artystów, księży. W nocy z 10 na 11 listopada agenci hitlerowskiej policji politycznej podjechali pod mieszkanie Michałowicza przy ul. Lekarzkiej 23. Zatrzymanego zawieziono do więzienia przy ul. Pawiej, popularnie zwanego w Warszawie Pawiakiem.



Mieczysław Michałowicz w obozowym pasiaku.

Mieczysław Michałowicz nie spisał swoich więziennych i obozowych wspomnień. Zrobili to inni świadkowie jego pobytu na Pawiaku, w obozie na Majdanku, a później w Gross-Rosen.

Portret pierwszy: na Pawiaku

W więzieniu przy ul. Pawiej Michałowicz trafił do celi, w której znalazł się także aresztowany tej nocy Adam Grzymała-Siedlecki, znany warszawski pisarz i krytyk teatralny. Grzymała-Siedlecki należał do tych nielicznych, którym udało się z Pawiaka wyjść na wolność. Jeszcze w czasie okupacji spisał swoje wspomnienia, w których odnotował także więzienne spotkanie z profesorem Michałowiczem.

Nocny gestapowski „urobek” wśród warszawskiej inteligencji, chociaż większość osadzonych znalazła się z wcześniejszych kontaktów, musiał się wzajemnie poznać. Tak nakazywała etykieta więzienna. Któż się tu znalazł?

Następuje prezentacja, nie znana w życiu wolnych ludzi: na zaimprovizowane podium wchodzi po kolei każdy z nas – i kilkakrotnie, by słuchaczom wbić do głowy, powtarza swoje imię, nazwisko i adres. Idzie o to, by jeżeli ktoś cudem wcześniej stąd wyjdzie, wiedział, gdzie ma dać znać o nas.

Aresztanci wybrali starostę sali, bo taka była konieczność regulaminowa, i za radą recydywistów, a więc tych, których gestapo już po raz wtóry osadziło na Pawiaku, postanowili „czymś się zająć”, żeby nie popaść w więzienne otępienie. Wypróbowaną formą były prelekcje na tematyki odległe od więziennej codzienności.

Na pierwszy ogień – powitany oklaskami – poszedł były rektor Uniwersytetu Warszawskiego, profesor Michałowicz. Zapoznał audytorium z teorią Kretschmera, w tak czarującej wprost pogawędzie, że dopóki się go słuchało, zapomniało się o tym, gdzie my tych wywodów słuchamy.

Rozważania o modnej wtedy konstytucjonalnej typologii charakterów było więc odtrutką na pierwszy szok, jaki więźniowie celi nr 258 przeżywali na Pawiaku.

Michałowicz wraz z innym więźniem, Kruk-Strzeleckim został w pierwszej kolejności wyznaczony do przesłuchania. Przesłuchania odbywały się w alei Szucha. Podróż karetką więzienną przez Warszawę, oczekiwanie w podziemiach gmachu gestapo, powtórna jazda na Pawiak – wszystko to zajmowało wiele czasu. Nieobecność Michałowicza i Kruk-Strzeleckiego pobili jednak wszelkie rekordy. Wrócili dopiero po apelu wieczornym, ok. godz. 20.00, głodni, wycieńczeni i wyspani psychicznie.

Ktoś zapytuje Michałowicza, czy sprawę będzie miał ciężką.

– Nie obarczają mnie żadnym konkretnym zarzutem, tylko wyrażają przekonanie, że skoro byłem rektorem, to musiałem cieszyć się zaufaniem rządu.

Wobec innych pensjonariuszy celi 258 gestapowcy również nie mają konkretnych zarzutów. Siedzą więc i czekają na kolejne przesłuchania. Czas skracają sobie prelekcjami. Wygłaszają je Hummel i Tuz, ale kto podziw budzi, to rektor Michałowicz: codziennie może wygłosić odczyt, a po pogadankach cudzych staje się elokwentnym koreferentem.

W połowie lutego zapadł na różę w stopie. Miał przez kilka dni wysoką temperaturę, z zadziwiającą odpornością przemógł jednak słabość, troskliwie zresztą leczony przez doktora Lotha – wstał i wieczorem przed spaniem kopnął pogadankę o roli rdzenia pacierzowego w funkcjonowaniu psycho-nerwowym. Mówił bez mała dwie godziny i przez cały czas spacerował równym, rozkołysanym krokiem.

– Myślę, że jeżeli w moich sześćdziesięciu sześciu latach i po chorobie z 39 stop. gorączki mogłem tak długo mówić i chodzić, to jeszcze nie tak źle z moimi siłami – wyznał.



Pamiętnikarz napisał o prof. Michałowiczu, że wygłaszał swoje prelekcje z pasją, aby się upewnić, że Pawiak go nie zjada.

Współwięźniowie Pawiaka opisani przez Grzymałę-Siedleckiego różnie znosili swój los, niektórzy popadali w apatię i przygnębienie. Na ich tle wyróżniał się energią i wolą przetrwania Mieczysław Michałowicz.

Jak nas było dziesięciu na sali, tak wszyscy zgodnie podziwialiśmy tego człowieka, jego wytrzymałość, jego prężność duchową, jego radość życia, tu nawet nie zgnębioną, jego fantazję, jego snucie dalekośnych planów na przyszłość. Po pięć, sześć godzin spędzał na pisaniu. Oczywiście w zatajeniu przed wachmanem, bo pisanie surowo tu wzbronione. Uwięzienie oderwało go od rozpoczętego dzieła o fizjologii i patologii dziecka, więc rzeczy z jego naukowej specjalności. Nie nazbyt pewny swoich dalszych losów, postanowił nie czekać na powrót do domu, lecz tu kontynuował pracę. Odziany w barwistą piżamę, skulony pod koldrą na łóżku, ze



stosem gotowego manuskryptu, chowanego w siennik, dziubał dalsze kartki ołówkiem króciutkim, łatwym do ukrycia w dłoni na wypadek wejścia wachmana. A papier na rękopis? Gromadził go z otrzymywanych od nas paczek papieru higienicznego... Wszystko razem: i ten na poły humorystyczny materiał pisemny, i warunki tworzenia, i siła woli, i potajemność trudu – składało się na całość historii wprost wzruszającej. Jeżeli ten przedziwny rękopis ocalał, powinien się znaleźć w przyszłym muzeum trudów naukowych.

Portret drugi: na Majdanku

Obozowe etapy życia Mieczysława Michałowicza splatały się z podobnymi losami innych znanych sprzed wojny polskich lekarzy. Jednym z nich był lekarz wojskowy mjr Stanisław Konopka,

związany ze Szpitalem Ujazdowskim i Szkołą Podchorążych Rezerwy, a znany zwłaszcza z tego, że zgromadził największą w Polsce, a może nawet w Europie, bibliotekę lekarską, która mieściła się na warszawskim Ujazdowie.

Aresztowany przez gestapo na początku stycznia 1943 r., a więc później niż Michałowicz – trafił Stanisław Konopka do więzienia na Pawiaku, a niedługo potem na Majdank. Na początku kopał rowy pod fundamenty nowych baraków rozbudowywanego obozu, następnie Niemcy skierowali go do rewiru, czyli obozowego szpitala. Wspomina, że w nie opalonym baraku bez okien, przy kilkustopniowym mrozie, opiekował się chorymi więźniami, wśród nich cierpiącymi na dur płamisty. Rozpoznanie u chorego tyfusu równało się ze skierowaniem go do komory gazowej, dlatego lekarze obozowi fingowali różnego rodzaju rozpoznania, żeby uchronić współwięźniów od śmierci z rąk esesmanów.

Konopka odnotowuje tę okoliczność, ponieważ wtedy właśnie, wiosną 1943 r. w transporcie więźniów z Pawiaka na Majdank, został przywieziony prof. Michałowicz. Lekarze polscy na Majdanku mieli zorganizowany system pomocy, dzięki któremu ułatwili Michałowiczowi, jako pacjentowi, skierowanie na blok 5 rewiru dla chorych wewnętrznie. Blokiem tym kierował lekarz, absolwent medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego, Jan Nowak, którego koleje losu spłotały się z obozowymi przeżyciami Mieczysława Michałowicza.

I dojdzie jeszcze jeden przypadek. W obozie żeńskim na Majdanku więźniarką i lekarką była Stefania Perzanowska, która spotkanie z profesorem opisała w swoim wspomnieniu.

O przywiezieniu Michałowicza na Majdank dowiedziała się od obozowego kapo. Jako praktykująca w obozie lekarka poprosiła o sprowadzenie profesora na oddział kobiecy celem skonsultowania choroby pacjentki.

Znałam prof. Michałowicza od dawna – wspomina. – Kończyłam studia medyczne na Uniwersytecie Warszawskim, byłam więc jego uczennicą. U niego zdawałam pediatrię.

Gdy teraz spotkałam go na Majdanku, przeraziłam się jego wyglądem. Ten zawsze tegi, ogromny mężczyzna był teraz tak chudy, że pasiak wisiał na nim jak na wieszaku. Wydawał się przez to jeszcze wyższy, a jego zawsze rumiana, okrągła twarz wydłużyła się jakoś i była szaroblada.

To pierwsze wrażenie było tak silne, że widocznie uzewnętrzniło się w moim wyrazie twarzy, bo Profesor po serdecznym przywitaniu zaczął mnie od



Mieczysław Michałowicz z żoną.

razu bardzo gorliwie przekonywać, że fizycznie świetnie się czuje, że bardzo jest zadowolony z ubytku wagi, że jest teraz o wiele sprawniejszy w ruchach i że ta odchudzająca kuracja całkowicie mu odpowiada.

Jak dawniej, jak zawsze, stale się uśmiechał; emanowała z niego niezrównana, niepowtarzalna witalność, a także optymizm i pogoda mimo wszystkiego i wbrew wszystkiemu.

Witalność, optymizm i pogoda mimo wszystko i wbrew wszystkiemu... Taka postawa tu, na Majdanku, może być do końca zrozumiana tylko w kontekście okrucieństw, jakich dopuścili się Niemcy na więźniach tego obozu.

Jan Nowak, więzień-lekarz, napisał we wspomnieniach, że przywiezionego na Majdank Mieczysława Michałowicza udało się przenieść z pola trzeciego na pole pierwsze, gdzie znajdował się rewir. A więc w miejsce, w którym mógł być otoczony opieką lekarską, ale także niebezpieczne, bo stwarzające stały kontakt z chorymi. W trzecim tygodniu pobytu w obozie profesor zachorował na dur wysypkowy.

Każdy, kto był w obozie koncentracyjnym, wie, co oznacza ta choroba w tragicznych warunkach życia więźniów. Leczenie prof. Michałowicza było trudne i z tego powodu, że był on otyły oraz że pojawiły się powikłania w postaci zapalenia płuc i biegunki obozowej, co u człowieka prawie 70-letniego nie wróżyło nic dobrego. Przez całą wiosnę 1943 r. nasz Profesor powoli wracał do zdrowia i sił. W czerwcu udało się nam, za zgodą lekarza SS, zorganizować zebrań personalu „rewiru”, na którym prof. Michałowicz prowadził popularne wykłady w języku niemieckim z zakresu różnych dziedzin medycyny.

dokończenie na str. 28

Portrety w pasiaku

dokończenie ze str. 27

Współuczestnik i świadek Golgoty polskich lekarzy na Majdanku mjr Dr Stanisław Konopka wspomina:

Już w drugiej połowie maja (1943 r.) Michałowicz począł zwolna nabierać sił. Zmienił się także nastrój Profesora, co było dowodem, że największe niebezpieczeństwo minęło. Od tego czasu Profesor Michałowicz służył nam zawsze radą i pomocą fachową, a dzięki swemu pogodnemu usposobieniu wpływał bardzo dodatnio na nasz stan psychiczny. Stał się dla nas faktycznym, ale nie mianowanym przez władze obozowe, konsultantem i wyrocznią w sprawach lekarskich. Jego wiek i dostojna postać wzbudzały nawet szacunek lekarza esesmańskiego Reinfleischa, esesmańskich nadzorców rewirowych i kapo rewirowego Ludwika Badena.

Profesor Michałowicz, zawsze czynny i pelen inicjatywy, tak umiał przekonać dostojników esesmańskich, że po długich wahaniach zgodzili się, aby od czerwca 1943 r. zajął się doszkalaniem naszej grupy lekarzy. Rozpoczęły się więc na Majdanku, w jednym baraku rewirowym, raz w tygodniu jednogodzinne wykłady na różne tematy lekarskie. Oczywiście działo się to w obecności esesmana, który rezydował w głębokim fotelu. Nudził się on piekielnie i od czasu do czasu zapadał w drzemkę. Profesor Michałowicz musiał wykladać w języku niemieckim, aby pilnujący nas esesman mógł rozumieć, czy przypadkiem Profesor nie zbacza od przewidzianego z góry tematu. Ta namiastka uniwersytetu za drutami kolczastymi była swego rodzaju

już kuriozum, nie notowanym w innych obozach koncentracyjnych. Dla zawsze czynnej natury Profesora Michałowicza wykłady te wpływały znakomicie na jego stan psychiczny.

W obozie na Majdanku Michałowicz był więziony przez około rok: od wiosny 1943 do wiosny 1944 r.

Jest wiosna 1944 r., ze wschodu zbliża się front. Niemcy likwidują obóz na Majdanku i zacierają ślady zbrodni. Pozostali przy życiu więźniowie są przewożeni do innych obozów. To samo spotkało Mieczysława Michałowicza.

Wspomina Stefania Perzanowska:

W końcu marca 1944 r. odtransportowano część personelu szpitala męskiego do Gross-Rosen. Wśród wywożonych był i prof. Michałowicz. Tego dnia była wyjątkowo obrzydliwa, typowo marcowa pogoda: padał deszcz ze śniegiem, wiatr wstrząsał z głośnym gwizdem drutami, a majdankowska droga tonęła w śliskim i grząskim błocie. Zobaczyłam Profesora idącego z trudem, borykającego się z deszczem siekającym w twarz i wiatrem, który wydymał mu pasiaki. Zgubił w błocie najpierw jeden drewniak, potem drugi i szedł bosy. Gdy nas dojrzał, kiedy przechodził koło kobiecego pola, uśmiechnął się po swojemu i pomachał ręką na pożegnanie.

Portret trzeci: w Gross-Rosen

Lekarz obozowy Romuald Sztaba trafił do Gross-Rosen z Majdanka tym samym co Michałowicz transportem.

Szliśmy pewnym krokiem i z dużą energią dość długą drogą z dworca kolejowego do obozu. Po przejściu żelaznej bramy wejściowej ujrzałyśmy nieduży obóz, położony na stokach góry, w różnych jej poziomach. Porządek i rygor można było dostrzec od razu. Zachowanie się załogi esesowskiej było krzykliwe, agresywne i brutalne, jak dawniej, w pierwszych latach wojny. Zaraz po przyjeździe zorganizowano kąpiel całego transportu, z wrzaskami i biciem, według reguły panującej w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. Transport majdankowski został umieszczony w dwóch blokach kwarantanny, odgradzony drutem od reszty obozu.

Atrakcją kwarantanny były paczki żywnościowe wysyłane przez rodziny do Majdanka, a które tutaj przybyły za nami oraz listy wysyłane przez nas z powiadomieniem o nowym miejscu pobytu.

Pierwsze rozdawanie paczek dla naszego transportu odbywało się na dużym placu. Do stołu, na którym ułożono paczki, wzywani byli więźniowie po ich odbiór. Między innymi wywołano profesora Michałowicza. Profesor prawie biegiem zbliżył się do stołu i stanął na baczność z czapką w ręku. Z drugiej

strony stał esesman Drozdowski (podobno Litwin z pochodzenia). Niespodziewanie Drozdowski zapytał prof. Michałowicza, czy rzeczywiście jest profesorem, a gdy otrzymał odpowiedź twierdzącą, krzyknął: „Tutaj ja jestem profesorem!” – i uderzył naszego seniora w twarz. Profesor stracił równowagę, przewrócił się i zgubił okulary. Powolne powstawanie profesora z ziemi i poszukiwanie okularów – był to okropny widok dla nas, którzy tak blisko z nim byliśmy w Majdanku. Dyscyplina panująca w obozie nie pozwalała na najmniejszą reakcję z naszej strony. Profesor podniósł się z ziemi, z trudem znalazł potłuczone okulary i znowu stanął na baczność.

Relacje lekarzy, współtowarzyszy obozowej niedoli pokazują, jak dzięki solidarności i odwadze przetrwali. Dzięki nim przeżył obozowe piekło prof. Michałowicz, człowiek prawie 70-letni. Wszyscy jednak podkreślają, że to jemu zawdzięczają coś bardzo ważnego, czym dzielił się z nimi w obozach.

Największym szczeniakiem, serdecznością i głębokim zaufaniem nas wszystkich cieszył się prof. Michałowicz. W trudnych chwilach niepokoju i załamań każdy biegł ze swoimi kłopotami do niego. Zawsze otrzymywaliśmy ojcowską wyrozumiałość i dobrą radę, podaną w sposób bezpośredni, najbardziej prosty i szczerzy. Profesor zawsze był optymistą, lubił żartować z siebie i z innych. Dużym wydarzeniem dla pracowników „rewiru” były prelekcje prof. Michałowicza, wygłaszane na naukowe tematy lekarskie. Profesor, na tle zagadnień lekarskich szpitala obozowego, mówił o obowiązkach lekarzy, humanizmie ich pracy, o problemie dobra i poświęcenia. Obok prof. Michałowicza widzę stale wysoką, nieco pochyloną sylwetkę Jana Nowaka z Krakowa, który serdeczną i dyskretną opieką starał się pomóc profesorowi w jego codziennym życiu.

Tak oto z relacji kilku lekarzy, współtowarzyszy obozowych niedoli prof. Mieczysława Michałowicza powstały szkice do jego portretów w pasiaku. Mówią więcej o Profesorze niż okolicznościowe laudacje.

Zygmunt Wiśniewski

Wykorzystano m. in. nast. źródła: A. Grzymała-Siedlecki: *Sto jedenaście dni letargu. Wspomnienia z Pawiaka z lat 1942-1943*. WL, Kraków 1965; S. Perzanowska: *Wspomnienia z Majdanka*. „Przegląd Lekarski” nr 1, 1968; S. Konopka [w:] *M. Michałowicz, człowiek, działacz, polityk*. Epoka, 1972; J. Nowak: *Profesor w obozach kaźni hitlerowskiej*. „Przegląd Lekarski” nr 1, 1968; R. Sztaba: *Ze wspomnień lekarza obozu w Gross-Rosen*. „Przegląd Lekarski” nr 1, 1968.

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2009)

• 5-7.06. Warszawa, hotel Airport Okęcie, ul. 17 Stycznia 24 i Airport Apartments, ul. Poleczki 49. Konferencja organizowana przez PTL z udziałem ENPM (European Network on Psychosomatic Medicine), europejskiej organizacji koordynującej współpracę europejskich uniwersytetów w zakresie **psychospołecznych aspektów medycznego nauczania** przed- i podyplomowego, dla lekarzy praktyków (rodzinnych i specjalistów). 12 pkt. edukac. Zaburzenia czynnościowe. Kompleksowa terapia i profilaktyka. Informacje: Biuro Konferencji tel./faks 022-332-75-22, e-mail: konferencja@ips.pl, www.conferenceonfunctionaldisorders.eu

• 15.06. Kraków, Villa Decjusza, ul. 28-Lipca 1943 Roku 17A, godz. 16.00. VIII spotkanie naukowe w ramach działalności Centrum Leczenia **Szpiczaka** przy Klinice **Hematologii** CM UJ w Krakowie: *Problemy pacjentów z przewlekłą chorobą nowotworową – psychologia w medycynie*. 3 pkt. edukac. Informacje: www.szpiczak.org

Centrum **Diagnostyki Obrazowej** CEDUS

• 15-19.06. *Doppler poz. podstawowy*
• 22-26.06. *Echokardiografia poz. zaawansowany*
• 27-30.06. *USG stawów kończyna górna poziom podstawowy*
Ciechocinek. Kursy USG współfinansowane przez UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Pkt. edukac. OIL, PTU, Sekcji Echokardiografii PTK. Informacje i zapisy: www.cedus.edu.pl

• 17-20.06. Wrocław. III Międzynar. Kongres Pol. Tow. **Medycyny Ratunkowej**. Pkt. edukac.: uczestnik kongresu 24, uczestnik kursu 2,5-dniowego 20, uczestnik kursu 1-dniowego 8, uczestnik kursu 0,5-dniowego 4. Informacje: www.CEEM2009.eu

Instytut **Dermatologii** w Krakowie. Kursy praktyczne:

• 20.06. *Testy platkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji*
• 28.11. *Wyprysk: Spektrum kliniczne, diagnostyka, postępowanie*
Informacje i zgłoszenia: www.medukacja.biz

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**

• 21-26.06. *Podstawy USG w pediatrii*
• 23-28.08. *Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych*
• 30.08.-4.09. *Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy*
• 13-18.09. *Podstawy echokardiografii*
• 4-9.10. *Diagnostyka USG sutka, tarczycy, węzłów chłonnych i innych narządów szyi*
• 11-16.10. *USG w pediatrii – kurs teoretyczno-praktyczny dla średniozaawansowanych*
• 18-23.10. *Diagnostyka USG układu moczowo-płciowego, nerki, pęcherz moczowy, moszna, gruczoł krokowy – badania transrektalne*
• 25-30.10. *Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych*
Informacje: www.usg.com.pl

• 3-5.09. Poznań. VII Zjazd Pol. Tow. **Medycyny Rodzinnej**. Informacje: www.7zjazdptmr.viamedica.pl

• 5-9.09. Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafy**. Informacje: kulej@ozl.org.pl, www.sono-medicus.pl, dr Michał Kulej, tel./faks 018-201-24-17, 0604-100-130, SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c.

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**

• 6-11.09. *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących. Teoria i praktyka*
• 17-20.09. *Wybrane zagadnienia opieki nad kobietą po 60 r. życia*
• 1-03.10. *Kolposkopia – dla zaawansowanych*
• 15-18.10. *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
• 18-21.11. *Diagnostyka USG w położnictwie dla zaawansowanych*
Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804.

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt (Katowice)

• 12-13.09. *Wielospecjalistyczny kurs medycyny manualnej*
• 19-20.09. *Rozwojowa dysplazja stawu biodrowego, inne wady wrodzone i nabyte oraz choroby u dzieci i młodzieży – diagnostyka kliniczna, sonograficzna i leczenie*
Zgłoszenia do 1.08. Informacje: PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, www.msp-pakt.med.pl, medycnesympozja@mzp-pakt.med.pl

• 14-18.09. Jurata. Stow. Lekarze Nadziei i Medrec s.c. zapraszają na szkolenie: **Psychoterapia w chorobie nowotworowej**, dla lekarzy, psychologów i wszystkich zaangażowanych we wsparcie psychologiczne pacjentów z chorobą nowotworową. Informacje i zapisy: tel. 0505-811-260, programsimontona@gmail.com

• 18-19.09. Międzynar. Kurs Diagnostyki **Fotoalergii** pod patronatem Europ. Tow. **Wyprysku Kontaktowego** „Photoallergy Meeting & Photopatch Test Course”. Org.: Instytut Dermatologii w Krakowie. Wykł.: prof. James Ferguson (Dundee), dr Alastair Kerr (Dundee), prof. Cezary Kowalewski (Warszawa), prof. Percy Lehmann (Wuppertal), doc. Joanna Narbutt (Łódź), prof. Peter Schmid-Grendelmeier (Zurich), doc. Radosław Śpiewak (Kraków), prof. Hanna Wolska (Warszawa). Konferencja i kurs w j. angielskim. Możliwość udziału w całym kursie (18-19.09.) lub tylko w konf. szkol. nt. fotoalergii (wykłady zaproszonych ekspertów 18.09. w godz. 15.00-20.00). Informacje i zgłoszenia: www.photopatch.eu

• 18-20.09. Zakopane, hotel Mercure Kasprowy. Pol. Tow. **Diabetologiczne** zaprasza na XIII Sympozjum Diabetologiczne. 15 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.13sympozjumPTD.evmaco.pl

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**

• 24-27.09. *USG Doppler naczyń obwodowych*
• 1-4.10. *USG Doppler w neurologii (TCD i TCCD)*
• 8-11.10. *USG gruczołu piersiowego*
• 22-25.10. *USG jamy brzusznej*
• 19-22.11. *USG w pediatrii*
• 20-22.11. *USG gruczołu piersiowego typ doskonalący*
• 27-28.11. *Echokardiografia dziecięca*
• 3-6.12. *USG doppler naczyń obwodowych*
• 10-13.12. *Echokardiografia*
Informacje: Wlkp. Szk. Diag. Obraz. „Obraz”, tel. 061-657-94-63, 0603-762-041, faks 061-282-36-66, www.obraz.pl, obraz@obraz.pl

• 1-2.10. Gdańsk. **Torakoneptunalia** 2009. Gdańska Jesień **Traumologiczna**. Międzynar. Konfer. Nauk.-Szkol.: *Urazy klatki piersiowej i mnogie obrażenia ciała*. Informacje i zgłoszenia: www.torakoneptunalia.pl, tel. 058-349-24-00, thorax@amg.gda.pl

• 10.10. Bielsko-Biała. Zarząd Kliniki Świętego Łukasza zaprasza na sympozjum: *Nowe kierunki w chirurgii więzadła krzyżowego tylnego*. Goście specjalni: prof. Michael Strobel i dr Thore Zantop z Niemiec. W programie LIVE SURGERY. Szczegóły i zapisy: www.sympozjum.lukasza.pl

• 16-17.10. Zamek Książ. Choroba **Refluksowa Przełyku**. Zgłoszenia: www.abranetis.pl. Informacje: Biuro Obsługi Konferencji Abranetis Sp. z o.o., ul. Długosza 2-6, 51-162 Wrocław, tel. 071-792-80-76, tel./faks 071-792-80-77.

• 23-24.10. Łódź, hotel Andels-Manufaktura, ul. Ogrodowa 17. III Konf. Sekcji **Niewydolności Serca** Pol. Tow. **Kardiologicznego**. *Nowoczesna diagnostyka niewydolności serca. Postępowanie w ostrej dekomensacji krążenia. Rekomendacje terapii przewlekłej niewydolności serca. Aktualne wskazania do transplantacji serca. Praktyczne wskazówki. Najnowsze metody elektroterapii ICD, CRT, CRT-D, ablacje. Rola kardiocirurga w nowoczesnym leczeniu niewydolności serca. Prezentacje przypadków klinicznych z dyskusjami ekspertów*. Informacje: www.ns.ptkardio.pl, ns@ptkardio.pl, Biuro Konferencji: INTERSERVIS Sp. z o.o., ul. Stefanowskiego 24, 90-537 Łódź, tel. +42-637-12-15 w. 101, 118, faks +42-639-79-80.

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Mało, a nawet za dużo

Zygmunt Wiśniewski

Międzynarodowy Związek Lekarzy upowszechnił pod koniec lat trzydziestych XX w. pogląd, że w Europie 1 lekarz powinien przypadać na 1500 mieszkańców.

Liczba ta powstała z połączenia myślenia o pacjentach i o egzystencji materialnej lekarza. Jeden lekarz był w stanie opiekować się taką liczbą ewentualnych pacjentów. Tak liczną społeczność stać było na utrzymanie swojego lekarza. Wyliczenie to odnosiło się do lekarzy, których należałoby nazwać „rodzinnymi” lub „domowymi”. Wiadomo, że lekarzy dentystów było od nich znacznie mniej; w Polsce 3,5-krotnie mniej. W 1938 r. praktykowało u nas 12 917 lekarzy oraz 3686 lekarzy dentystów (dane te podają tym razem za „Małym rocznikiem statystycznym” 1939; pochodzą z końca 1937 r.). Z tej statystyki można by wyprowadzić wniosek, że 1 lekarz dentysta powinien przypadać na 4500 mieszkańców. Prawda była jednak bardziej dotkliwa:

statystycznie musiał zadbać o 11 500 mieszkańców. Lekarz „domowy” też nie miał pieczy nad 1500 mieszkańców, ale nad 3100.

Taka była polska rzeczywistość końca lat trzydziestych. Tak źle z liczbą lekarzy i lekarzy dentystów jak u nas było tylko w Rumunii i Bułgarii. W Czechach było 2-krotnie, a w Niemczech 3-krotnie lepiej.

Statystyka nie mówi prawdy, ponieważ pokazuje średnią krajową, na którą składają się zarówno wielkie miasta, jak i odległa prowincja. Polska międzywojenna miała Kresy, czyli bardzo daleką prowincję. Jeżeli w Warszawie i w dużych miastach akademickich 1 lekarz przypadał na 600 mieszkańców, a w Krakowie nawet na 310 – to w odległych rejonach południowo-wschodnich w promieniu kilkudziesięciu kilometrów nie było go w ogóle.

Podobnie było z lekarzami dentystami. W Warszawie w 1938 r. jeden lekarz dentysta przypadał na 950 mieszkańców, a w odległych powiatach kresowych na 38 700 mieszkańców.

W stolicy dzieci korzystały ze szkolnej opieki dentystycznej, mogły więc nabrać nawyków dbałości o zęby. Na prowincji nie miały nawet okazji kontaktu z krzesłem dentystycznym. W miastach opieka dentystyczna była częścią opieki medycznej nad kategoriami zawodów objętych państwową służbą zdrowia. Ubezpieczalnia Społeczna, chociaż skąpiła środków, nominalnie finansowała także leczenie dentystyczne. Poza wszelką opieką pozostawała wieś. Chłopi prowadzący gospodarstwa rolne mogli się leczyć za własne pieniądze. Leczenie robotników rolnych,



Prof. Antoni Cieszyński

czyli fernali, odbywało się na koszt pracodawców. Sprowadzało się to do wezwań lekarzy w nagłych przypadkach. Leczenie zębów nie należało do kategorii „nagłych”.

Odpowiedź na pytanie, czy Polska ma odpowiednią liczbę czy może za mało albo za dużo lekarzy dentystów – jeśli nie miała pozostać tylko werbalna – powinna zawierać także radę i postulować skutki. Statystyki mówiły, że w tej części Europy mamy ich najmniej. Rzeczywistość, jeśli nie potwierdzała, to nie przeczyła tej oczywistej konstatacji. W miastach, zwłaszcza dużych o statusie akademickim, trwała walka o każdą posadę i każdy atrakcyjnie usytuowany gabinet. Związki i towarzystwa, a od listopada 1938 r. także nowo powstałe izby lekarsko-dentystyczne informowały o niskich dochodach, wysokich podatkach i braku perspektyw dla branży. Na prowincji, zwłaszcza tej dalekiej, na kresach południowo-wschodnich czekały nawet posady. Podobnie jak działo się to w przypadku lekarzy „domowych” nie było chętnych do dalekich przesiedleń i wiejskiego osadnictwa. Nie dlatego, że

lekarzom i lekarzom dentystom podobało się żyć w dużych miastach. Działo się tak dlatego, że działania władz administracyjnych i sanitarnych nie wiązały agitacji z zachętą materialną. Wolne posady w dalekich wiejskich ośrodkach zdrowia czekały nie obsadzone, bo za 200 zł miesięcznie, bez mieszkania, nie można się było utrzymać. Istniał wprawdzie potencjalnie olbrzymi, często wielotyśięczny rynek pacjentów prywatnych, ale ci nie mieli potrzeb i nawyków leczenia, a zwłaszcza leczenia zębów, a przede wszystkim liczyli każdą złotówkę na chleb i na sól. Na lekarza nie starczało. Sytuacja skutkowałą sprzecznymi z sobą i ze zdrowym rozsądkiem skutkami: bezrobocie istniało obok niezaspokojonego zapotrzebowania na usługi medyczne, także lekarsko-dentystyczne na prowincji.

Po niespełna 20 latach kształcenia – powstała wcale pokaźna grupa ludzi, wykształconych lekarzy dentystów, z których pomocą można było dokonać jeśli nie rewolucji, to wyłomu w nadmiernie stabilnym świecie stomatologicznym. Tak mogło być, ale nie było. Te wykształcone kadry do rewolucji się nie nadawały. Przeważały w nich kobiety z dobrych mieszczańskich rodzin, które nie myślały osiedlać się na Kresach.

Prof. Antoni Cieszyński z UJK we Lwowie, którego poglądy na kształcenie lekarzy dentystów poznaliśmy już wcześniej w historiach stomatologicznych, zaglądał przez ramię swoim warszawskim kolegą z Akademii Stomatologicznej i wytykał nadmiar kobiet na studiach dentystycznych. Kiedy w latach 1927-28 w polskim środowisku akademickim dyskutowano publicznie o programie Państwowego Instytutu Dentystycznego, prof. Cieszyński dworował sobie, że jest on uczelnia dla pańienek z dobrych domów, które po maturze nie miały pomysłu na dorosłe życie. Wtedy, w roku akademickim 1926/27, w PID studioowało 298 kobiet i tylko 60 mężczyzn. Cieszyński lubił posługiwać się procentami i obliczył, że pańienki i mężatki stanowiły aż 81,7% studentów. Zgłosił wtedy postulat stopniowego zwiększania procentu mężczyzn, aż do osiągnięcia równowagi procentowej. Nie udało się jej nigdy osiągnąć, ale w roczniku 1936-37 widoczny był znaczący postęp, bo płeć piękna stanowiła już tylko 67,8% ogółu studentów.

Potyczki Cieszyńskiego z profesorami z Akademii Stomatologicznej ubarwione są anegdotami, ale wyrastały z przesłanek merytorycznych.

Po pierwsze, dysponując takimi kadrami młodych lekarzy (lekarek) dentystów nie można było myśleć o zasiedleniu

prowincji, a zwłaszcza dalekich Kresów. W województwach wschodnich: wileńskim, nowogrodzkim, poleskim i wołyńskim, 1 lekarz dentysta przypadał na ponad 12 tys. mieszkańców. Najdalej do lekarza dentysty mieli mieszkańcy woj. południowych: lwowskiego, tarnopolskiego i stanisławowskiego, w których w kolejce do 1 lekarza dentysty znajdowało się aż 38 700 mieszkańców.

Paradoksem było, że sytuacja w woj. zachodnich, a więc pomorskim i poznańskim nie była wcale różowa, bo tam też rocznik statystyczny odnotowywał stosunek 1:12 400. W samym Poznaniu, w którym na uniwersytecie kształcono stomatologów, Kasa Chorych otworzyła ambulatorium dentystyczne, do którego poszukiwała 12 lekarzy dentystów. Znalazło się tylko 6 amatorów.

Oczywisty stawał się wniosek, że uniwersytety prowadzące przy wydziałach lekarskich specjalizacje stomatologiczne nie są w stanie zaspokoić zapotrzebowania na lekarskie kadry stomatologiczne i dentystyczne. Gros absolwentów studiów lekarsko-dentystycznych wywodziło się z Warszawy, studiowało i pozostawało po studiach w stolicy. Stąd wyprowadzano wniosek o potrzebie powołania studiów dentystycznych, podobnych do Akademii Stomatologicznej, także w Poznaniu i Wilnie. Pomysł ten daleki był jednak od konkretyzacji.

Po drugie – dowodził Antoni Cieszyński – mężatki w zawodzie lekarza dentysty tylko w 40% pozostają aktywne zawodowo, a te, które nie rezygnują w ogóle z pracy, wykorzystują tylko w połowie swój czas na sprawy zawodowe, bo zajęte są rodzinami i dziećmi. Lwowski profesor stwierdzał nawet przy tej okazji kategorycznie, że obowiązkiem państwa jest zapewnić przede wszystkim pracę zawodową mężczyznom, ponieważ na nich ciąży obowiązek utrzymania rodziny.

Po trzecie – odwołujemy się do poglądów wyrażanych w 1938 i 1939 r. – nad Europą wisi groźba wojny, a na wojnie potrzebni będą mężczyźni. W zawodzie lekarza dentysty mężczyzn jest tylko 23%. W przypadku wojny, na której kontuzje postrzałowe twarzy i szczęk są bardzo częste, nie zapewnią oni armii dostatecznej opieki medycznej.

Wojna w sposób bezwzględny dotknie środowisko lekarzy dentystów, nie oszczędzając bardzo licznych kobiet. Pozostaną i ożyją na nowo w zupełnie odmiennych warunkach problemy z kadrą i z koncepcjami jej kształcenia, o których profesorowie – patroni lekarzy stomatologów i lekarzy dentystów – dyskutowali w 20-leciu międzywojennym.

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

REKLAMA

Olejem i tokajem

2 maja br. miała miejsce już druga Międzynarodowa Wystawa Sztuki tworzona przez medyków.



Podobnie jak ubiegłoroczna odbyła się na Węgrzech, tym razem w przepięknym Tokaju, ojczyźnie słynnego na cały świat wina. Ponownie zaakcentowały swoją obecność malarki z Polski, zaproszone kilka miesięcy wcześniej bezpośrednio przez doktora Andrasa Palotasa i węgierski samorząd lekarski.

Dzieła kolegów nie tylko z kraju gospodarzy, ale też z Austrii, Niemiec, Czech, Słowacji, Włoch, Polski, a nawet z Egiptu eksponowane były w zaadaptowanej do tego celu starej cerkwi, co tworzyło szczególną dla tego artystycznego wydarzenia atmosferę tajemniczy i powagi. Prezentowano prace malarzy i rzeźbiarzy, nie zabrakło szkiców, zdjęć fotograficznych, metaloplastyki, ceramiki, a nawet rękodzieła. Zdecydowanie jednak dominowały wykonane w rozmaity sposób płótna, w tym w technice olejnej i akwareli.

Pośród kilkudziesięciu prac zwracały uwagę dojrzałością i wysokim poziomem obrazy dr Jolanty Kaflińskiej-Wasiak i dr Małgorzaty Majewskiej-Kawińskiej, znanych i nagradzanych na wernisażach organizowanych przez Łódzką Izbę Lekarską. Pierwsza z artystek udostępniła tryptyk Cmentarza Żydowskiego w Łodzi oraz nostalgiczne pejzaże zimowe. Druga wyczarowała na płótnie obraz krainy Don Kichota w cyklu La Mancha oraz Prowansję.

Warto podkreślić, że wspomniane dokonania malarskie obu Polek spotkały się z dużym zainteresowaniem i uznaniem widzów i kuratora samej

wystawy dra Palotasa, który to już po raz drugi został „ojcem chrzestnym” relacjonowanej ekspozycji, poświęcił jej mnóstwo pracy i wolnego czasu, aby wszystko dopiąć na ostatni guzik. Po mistrzowski wręcz opiekował się swoimi licznymi gośćmi, zadbałszy uprzednio o odpowiedni nagłośnienie (plakaty) i oprawę samego wydarzenia.

I tak, po rozpoczętej koktajlem ceremonii otwarcia (po węgiersku i angielsku), obejmującej przemówienia i pokaz baletu klasycznego, odbył się krótki koncert symfoniczny na żywo. Siegnięto m.in. po motyw muzyczny autorstwa Mike Oldfielda, co przy wyjątkowo dobrej akustyce cerkiewnych murów pozostawiło bardzo duże wrażenie na wszystkich obecnych. Sami wystawiający mieli także możliwość publicznego pochwalenia się swoim artystycznym życiorysem i przedstawienia *credo*. Całość uświetniła degustacja wina w najstarszej manufakturze tego napoju, położonej w pobliżu rynku, gdzie zgromadzono się w olbrzymiej podziemnej sali.

Rozprawiano o sztuce przy głośno porzmiewających wesołych pieśniach biesiadnych (po węgiersku, niestety!) i przy śpiewanej po rosyjsku poezji Sergiusza Jesienina, przy akompaniamencie gitary. Podczas tego spotkania wiele można było usłyszeć (tłumaczono na angielski) o sposobie produkcji, przechowywaniu i dojrzewaniu tamtejszego wina.

A *propos* Tokaju – samo miejsce osadzone przepięknie w zakolu Cisy,

pośród licznych wzgórz uprawnej winorośli, nabrało istotnego znaczenia po tureckiej okupacji, to jest od XVI w., na ten bowiem okres datuje się początek przemysłowej produkcji doskonałe w Polsce znanego i cenionego węgryzyna. O zainteresowaniu, którym cieszył się już wówczas cały ten region, świadczą edykty królewskie wydane w 1737 r. (pierwsze takie na świecie!), prawnie chroniące markę i sposób wywarzania wina, które jak podają kronikarze pijał m.in. nasz król Jan Kazimierz. Dzisiejszą natomiast stale rosnącą pozycję Tokaju potwierdza obecność na liście Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO od 2002 r. To senne z pozoru, skąpane w promieniach słonecznych miasteczko, którego symbolem jest, a jakże – posąg Bachusa wzniesiony w samym centrum, dostarcza każdego roku 6000 butelek wina na dworskie stoły królowej Elżbiety II! Ale to jednak nie Anglicy rozslawili sam trunek, na przykład nazwę jednemu z najbardziej znanych gatunków „szamorodni”, pochodzącą od naturalnego sposobu fermentacji, nadał przed wiekami polski kupiec.

Te polskie ślady w stolicy przedniego trunku i inne, jak poczerniała, okolona świeżymi kwiatami kopia obrazu Matki Boskiej Częstochowskiej w bocznej nawie największego kościoła w mieście (być może od czasów generała Bema?), tak jak kontynuacja współpracy artystycznej, będącej nie tylko polem wymiany wzajemnych doświadczeń, ale i nawiązywania nowych przyjaźni dobrze wróżą dalszemu rozwojowi prawdziwie europejskich kontaktów na płaszczyźnie samorządów lekarskich obu krajów. Dlatego niezmiernie ciepło dziękujemy panu Andrasowi Palotasowi za wzorową realizację obecnej wystawy i zaproszenie na przyszłoroczną. Z naszej strony ponowiliśmy propozycję przewodniczącego Klubu Lekarza Łódzkiej Izby Lekarskiej Andrzeja Świeśa do odwiedzin w Polsce i Łodzi. Wszak Polak i Węgier to dwa bratanki!

I ja tam byłem, wino sobie piłem, a co widziałem Państwu opisałem...

Janusz Kawiński
fot. Małgorzata Majewska-Kawińska



VII Światowy Kongres Polonii Medycznej



Toruń 16-19 września 2009

www.kongrespoloniimedycznej.org.pl



www.igrzyskalekarskie.org

Zakopane-Nowy Targ

9-13. września 2009r.

e-mail: admin@igrzyskalekarskie.org

tel. 606 340 275

- piłka nożna
- koszykówka
- siatkówka
- siatkówka plażowa
- pływanie
- lekkoatletyka
- kajakarstwo
- kolarstwo
- kolarstwo górskie
- tenis ziemny
- tenis stołowy
- badminton
- szachy
- brydż
- strzelanie
- triathlon
- hokej na lodzie
- golf
- scrabble
- squash
- trójbój siłowy

7 IGRZYSKA LEKARSKIE

Siatkarski strzał w dziesiątkę

Powierzenie organizacji IX Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej rozkochanemu w tej dyscyplinie Wieluniowi okazało się przysłowiowym strzałem w dziesiątkę. I to nie tylko ze względu na rekordowy udział 10 drużyn, ale i dzięki wspaniałej organizacji zawodów pod nadzorem Bogny Kanickiej i Ewy Wujec.

Lekarski sport

Wieluń jest znany z historii jako pierwsze miasto, które padło ofiarą hitlerowskiej agresji 1 września 1939 r., kiedy to niemieckie naloty zniszczyły prawie 70 % miasta nie oszczędzając nawet miejscowego szpitala. Dla turystów to część malowniczej Jury Krakowsko-Częstochowsko-Wieluńskiej, usianej wapiennymi ostańcami i ruinami zamków. Dla kibiców to miasto żyjące awansem Siatkarza Pamapol Wieluń do siatkarskiej ekstraklasy (Plus Ligi) oraz wychowanka Mariusza Wlazłego.

W czasie tegorocznych mistrzostw, w dn. 18-19 kwietnia br., rozegrano 39 meczów stojących na wysokim poziomie, na trzech boiskach hali sportowej. Do półfinałów awansowały niepokonane w grupach drużyny Łodzi i Katowic oraz z drugich miejsc Warszawa i Szczecin, który wyeliminował faworyta i regularnego medalistę mistrzostw i igrysk lekarskich drużynę Częstochowa-Poznań.

Mecze półfinałowe były pełne niespodzianek i dramaturgii. W pierwszym Warszawa pokonała kreowaną na mistrzów drużynę Katowic 2:0 (25:12 i 25:18), a Łódź uległa po dramatycznym pojedynku Szczecinowi 1:2 (28:30, 27:25, 6:15). Równie emocjonujące były mecze drużyn, które nie dotarły do półfinałów; i tak w meczu o 9 miejsce Olsztyn pokonał Kielce 2:1, o miejsce 7 Białystok pokonał 2:0 gości z Białorusi-

lekarzy Centrum Onkologii im. N. N. Aleksandrowa w Mińsku, 5 miejsce przypadło drużynie Częstochowa-Poznań po zwycięstwie 2:0 nad drużyną z Bielska-Białej.

W meczu o brązowy medal gospodarze drużyna Łodzi w kolejnym tie-breaku uległa drużynie Katowic 1:2 (25:22, 18:25 i 14:16).

Brązowi medaliści występowali w składzie: Wojciech Kusak, Michał Fatyga, Adam Mrocza, Tomasz Palka, Arkadiusz Niczyporuk, Wojciech Szewczyk, Jarosław Zdralik. W finale grający z determinacją szczecinianie pokonali zeszłorocznych mistrzów Warszawę 3:1 (25:22, 21:25, 25:22, 25:15) udowadniając, że 7 miejsce na zeszłorocznych mistrzostwach w Łomiankach było przysłowiowym wypadkiem przy pracy. Mistrzowie wystąpili w składzie: rozgrywający kapitan Maciej Lewandowski – internista z Kliniki Kardiologii PAM oraz Sebastian Sokołowski – specjalizant w Klinice Ortopedii PAM, dentyści: Cezary Sierant i Romuald Bąk, Witold Pędich z Opola, Radosław Janek z Zielonej Góry, Rafał Karski z Darłowa, Marcin Drożdżel z Połczyna-Zdroju. Wicemistrzowie z Warszawy wystąpili



w składzie: Jarosław Krzywański, Jacek Małecki, Jerzy Leszczyński, Marek Kozłowski, Artur Stefanowicz, Zbigniew Surowiec, Krzysztof Piątkowski, Krzysztof Makuch.

Organizatorzy zadbałi o stronę integracyjną imprezy i atrakcyjne nagrody dla uczestników. Wyróżniono również indywidualności zawodów. Nagrody wręczyli wiceprezes NRL Ryszard Golański, przewodniczący ORL w Łodzi Grzegorz Krzyżanowski oraz wiceburmistrz Wielunia Robert Kaja.

Najlepszym atakującym mistrzostw został Artsem Radchenko z Mińska, rozgrywającym Sebastian Sokołowski ze Szczecina, przyjmującym Jacek Małecki z Warszawy, libero Marcin Wilkoszyński z Bielska-Białej, a najlepszym zawodnikiem MVP Tomasz Chejchman z Łodzi. Doceniono również najstarszego zawodnika mistrzostw Jacka Brajczewskiego z Białegostoku oraz „najsympatyczniejszego zawodnika”.

Organizator mistrzostw OIL w Łodzi dzięki profesjonalizmowi byłej siatkarki Bogny Kanickiej, głównego sędziego zawodów a zarazem prezesa radia Ziemi Wieluńskiej, Ewy Wujec, dobrego ducha, wspieranej przez męża a zarazem inicjatora mistrzostw w Wieluniu Krzysztofa, wyróżniającego się zawodnika łódzkiej drużyny, zeszłorocznego Mistrza Polski Old-boyów, postawili wysoką poprzeczkę przed organizatorami następnych zawodów. Szczegółowy wyniki i galeria zdjęć na stronie internetowej www.hipokrates.org w zakładce sport.

Krzysztof Makuch



W Ustroniu przy szachach

W dn. 7-10 maja br. w Ustroniu odbyły się już kolejne Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach, połączone m.in. z symultaną szachową i spotkaniem z mistrzem Olegiem Kalininem z Ukrainy oraz konferencją naukową „Medycyna a szachy”

Wystartowało 16 osób, a zawodnicy mieli rozegrać 15 rund tempem po 15 minut na zawodnika (partia 30-minutowa) tzw. systemem kołowym, polegającym na kojarzeniu każdego zawodnika z każdym. Zawodnicy reprezentowali różny poziom wtajemniczenia w arkana „królewskiej gry”, poczynając od samych amatorów, poprzez pełnych profesjonalistów, reprezentujących na co dzień różne kluby sportowe, zawodników ze światowej listy rankingowej międzynarodowej federacji szachowej FIDE, a skończywszy na zawodnikach posiadających tytuły kandydata na mistrza – komentuje organizator zawodów Jerzy Pabis, chirurg z Zabrze. Rozegrano również konkurs w rozwiązywaniu zadań szachowych. Inspiracją był modny od niedawna trend zbliżania się szachistów do tzw. problemistyki.

Konkurs polegał na rozwiązaniu przez jego uczestników 9 zadań szachowych w ciągu 1 godziny. Liczyła się ilość i poprawność rozwiązania tych zadań, a przy równości czas ich rozwiązania.

W symultanie szachowej, czyli równoczesnej grze z wieloma przeciwnikami, ukraińskiemu mistrzowi stawiało czoła 8 śmiałków, ale tylko jednemu, 15-letniemu Andrzejowi Wodeckiemu udało się zremisować, po naprawdę zaciętym pojedynku.

W klasyfikacji drużynowej triumfowali lekarze z Wielkopolski (Łukasz Kałużny, Robert Adamek i Stanisław Kotliński) przed kolegami ze Śląska (Łukasz Gabryś, Janusz Kołodziej i Jerzy Pabis). Indywidualnie najlepszy okazał się Łukasz Kałużny, a wśród pań Marta Motor z Lublina.

ms

Lekarski Klub Żeglarski
Bocianie Gniazdo
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie im. prof. Jana Nakielnicza

- SZKOLENIA ŻEGLARSKIE I MOTOROWOŚNE (Warszawa, Radom, Mazury) NA STOPNIE:
 - sternika motorowodnego
 - starszego sternika motorowodnego
 - licencję na holowanie narciarza wodnego (terminy dowolne, przez cały rok)
 - żeglarza jachtowego
 - instruktora żeglarstwa PZZ oraz młodszego instruktora żeglarstwa PZZ
- WĘDRÓWNE OBOZY ŻEGLARSKIE W KRAJNIE WIELKICH JEZIOR MAZURSKICH
- REJSY LICEALISTÓW I GIMNAZJALISTÓW ORAZ ZIELONE SZKOŁY POD ŻAGLAMI
- KOLONIE ŻEGLARSKIE DLA DZIECI JUNGA & KADET
- REJSY MORSKIE – Bałtyk, Grecja, Chorwacja
- CZARTER 20 NOWYCH I ŚWIETNIE WYPOSAŻONYCH JACHTÓW NA MAZURACH: Antila 22, Antila 24, Antila 26, Solina 800, Sasanka VIVA 700, Sasanka 660 Supernova

pełna informacja na stronie:
www.bocianiegniazdo.org
Kontakt: Michał Szatanek
tel. 0 607 211 196, e-mail: michal@szatanek.pl GG: 2627420

W sezonie 2009 zapraszamy lekarzy, dzieci lekarzy i ich znajomych.

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1979

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów medycznych Komitet Organizacyjny Zjazdu Absolwentów z roku 1979 i OIL w Warszawie organizują Spotkanie Integracyjne, **14.11.br., godz. 19.00, Klub Galop 05-220 Zielonka, ul. Poniatowskiego 46 A, www.klubgalop.pl.** Koszt 230 zł (bankiet, druk i wysłanie zaproszeń, obsługa konta). Możliwość zakwaterowania w Hotelu Trylogia (pok. 1-os. 160 zł, miejsce w pok. 2-os. 110 zł). **Zgłoszenia: najpóźniej do 4.09.br. na adres: OIL im. Prof. Jana Nielubowicza, ul. Grójecka 65A, 02-094 Warszawa, z dopiskiem: Spotkanie Absolwentów 1979.** Płatności: przelewem do 4.09.br. na konto: 63 1050 1041 1000 0022 8948 8575. **Kontakt z organizatorami: j.pawlowska@czd.pl; OIL: Janina Potentas jpotentas@oil.org.pl, tel. 022-822-21-54 lub Krystyna Kolacz, tel. 022-824-71-21.** Komitet Organizacyjny i OIL: Joanna Pawłowska, Piotr Makowski, Agnieszka i Marek Migdał, Grażyna i Jacek Naorniakowscy, Krzysztof Zieniewicz, Andrzej Włodarczyk

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rocznik 1973-79

Zjazd absolwentów w dn. **11-13.09.br. w Białymstoku, Zajazd Podlasie.** Koszt uczestnictwa 500 zł (bez noclegu 350 zł). **Kontakt: Sławomir Kosido, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok, tel. 609-280-780, e-mail: sekretariat_wsz@o2.pl.** Oplata do 30 sierpnia na konto PKO BP 82 1020 1332 0000 1702 0141 2733, z dopiskiem „Zjazd”.

AM w Poznaniu, rocznik 1984

Z okazji 25 rocznicy ukończenia studiów odbędzie się zjazd absolwentów w **sobotę 26.09.br. w Poznaniu.** Koszt 350 zł. **Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.bokiz.pl/absolwenci84, oraz: absolwenci84@bokiz.pl lub do org. Iza Kucharczyk-Bauman, tel. 0501-574-382, iza.bauman@wp.pl, Maria Łabędzka-Gardy, tel. 0501-717-275, malaga21@interia.pl, Jagoda Bernardczyk-Meller, tel. 0602-433-278, jbmeller@poczta.onet.pl.** W planie spotkanie na uczelni oraz w Hotelu Trawiński w Poznaniu. Wpłaty na konto Nordea Bank Polska S.A. 56 1440 1286 0000 0000 0214 2988 do 1.09.br. Bardzo prosimy o szybką rejestrację! Zapraszamy! Jest to nasze pierwsze spotkanie po studiach!

opr u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE – www.absolventus.pl

SERWIS POMOCZE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIĄ Szybkie Wyszukiwanie INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEZDZIE.

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

XIX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Kom. Kultury i Sportu Okręgowej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lek. w Olsztynie informuje, że zawody odbędą się w dn. **3-6.09.br. w Ośrodku Almatu w Giżycku na jeziorze Kisajno.** Zgłoszenia zalog przyjmowane będą do końca lipca. Wpisowe – 500 zł od załogi.

V Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctoRRiders” 2009

odbędzie się w dn. **28-30.08.br. w Wiśniowej Górze k. Łodzi.** Zgłoszenia: **OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź, tel. +48 42-683-17-91 w. 120, doctorriders@op.pl, www.oil.lodz.pl link DoctoRRiders.** W zgłoszeniu proszę wpisać: imię, nazwisko, nr legitymacji, datę urodzenia, adres zamieszkania, miejsce pracy, specjalizację, telefon i mail kontaktowy, markę motocykla, rok produkcji i dane osoby towarzyszącej. Wstęp na teren zlotu tylko za zaproszeniami imiennymi! Termin przyjmowania zgłoszeń: do 15.08. Organizator zapewnia: wyżywienie, wieczorne spotkania, konkursy, koncert, paradę, ochronę. Rezerwacja noclegów: www.oil.lodz.pl link DoctoRRiders, zakładka forum do 15.06. Po tym terminie rezerwacje indywidualne tylko w recepcji Ośrodka, tel. 042-213-23-92. Oplata za noclegi po rezerwacji miejsca na konto Ośrodka: GOSiR RELAKS Bank Spółdzielczy w Androspolu, nr konta 95 8781 0006 0000 0811 2000 0010, z dop. DoctoRRiders/nr domku/nazwisko/adres. Oplata zlotowa: 150 zł od uczestnika (kierowca), 100 zł - osoba tow. (tzw. Plecak), 100 zł - kierowca-kobieta. Wpłaty na konto PKO BP SA I Oddział w Łodzi, nr 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362, z dop. „zlot motocyklowy” do 15.08. Termin rejestracji uczestników zlotu 28.08. od godz. 12.00. Wszystkich chętnych bardzo gorąco zapraszamy! Organizatorzy: Motocyklowy Klub Lekarzy DoctoRRiders

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym – letnie

odbędą się po raz pierwszy (dotychczas trzykrotnie – zimowe) w dn. **11-14.06.br. na obiekcie Kortowo, Luboń k. Poznania, ul. Kotowo.** Informacje i zgłoszenia do turnieju: www.medcup2009.teniqo.net

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2009”

na który zaprasza Kom. Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie, odbędzie się w dn. **1-9.08.br. w Muczmem k. Ustrzyk Górnych.** Baza namiotowa przy ORW „Pod Bukowym Berdem”. Możliwość zakwaterowania w hotelu, rez. indywidualnie, tel. 013-461-02-74. W programie: codzienne wędrowki najpiękniejszymi bieszczadzskimi trasami, turnieje: piłki siatkowej, bilarda, tenisa stołowego, konkurs fotograficzny i rysunkowy, spotkania z „bieszczadnikami”, wystawa malarska i fotograficzna, spotkania „pośpiewamy, potańczymy” i inne atrakcje. **Informacje, komunikaty: www.rzeszow.oil.org.pl. Zgłoszenia (z dowodem wpłaty) do 15.07.br. na adres: Biuro OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10, faks 017-853-94-31.**

Imprezy różne

Wycieczki zagraniczne w 2009 r. Propozycje Komisji Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie

- **Chiny** starożytne i współczesne 15 dni: Pekin-Wielki Mur – Grobowce Mingów-Taiyuan – Pingyao – Xi’an – Luoyang – klasztor Szaolin – Groty Longmen – Nankin – Suzhou – Luzhi – Szanghaj; *sugerowany termin: 3-17.10.; orientacyjna cena: 5950 PLN + 890 USD*
- **Kuba** 16 dni: Hawana – Vinales – Cayo Levisa – Cienfuegos – Trynidad – Valle de los Ingenios – Camaguey – Bayamo – Santiago de Cuba – Santi Spiritus – Cayo las Brujas – Remedios – Santa Clara – Varadero; *sugerowany termin: 12-27.10., 6-21.11.; orientacyjna cena: 5950 PLN + 950 EUR*
- **Birma – Kambodża** 16 dni: Rangun – Mandalaj – Amarapura – U Bein – Ava – Pagan – jezioro Inle – Kak-Ku – Siem Reap – Angkor Wat – Phnom Kulen – Phnom Penh; *sugerowany termin: 6-21.11.; orientacyjna cena: 5990 PLN + 1890 USD*
- **RPA – Swaziland** 16 dni: Kapsztad – Przylądek Dobrej Nadziei – Simons Town – Zatoka Gordona – Cape Agulhas – Hermanus – Stellenbosh – Johannesburg – Park Narodowy Golden Gate – Ukhahlamba – Pitermaritzburg – Durban – St. Lucia – rezerwat Umfolozi – Hluhluwe – KwuZulu-Natal – Swaziland – Park Narodowy Krugera – Góry Smocze-Blyde River Canyon-„Panorama Route” – Pretoria – Lesedi – Soweto; *sugerowany termin: 15-30.10., 9-24.11.; orientacyjna cena: 6270 PLN + 1150 EUR*
- **Sri Lanka** 14 dni: Colombo – Habarana-Anuradhapura – Sigiriya – Polonnaruwa – Dambulla-Matale – Kandy – Pinnawela – Peradeniya – Nuwara Eliya – Park Narodowy Równiny Hortona – Park Yala – Galle Hikkaduwa – Beruwela; *sugerowany termin: 16-29.10., 9-22.11.; orientacyjna cena: 4990 PLN + 985 USD*
- **Brazylia** 15 dni: Foz do Iguazu – Salwador – Brasilia – Manaus – Rio de Janeiro; *sugerowany termin: 12-26.10.; orientacyjna cena: 6750 PLN + 2350 USD*
- **Peru – Boliwia** 16 dni: Lima – Paracas – Arequipa – Colca – Juliaca – Puno – Copacabana – La Paz – Cuzco – Święta Dolina Inków – Machu Picchu; *sugerowany termin: 15-30.10., 6-21.11.; orientacyjna cena: 6890 PLN + 1445 USD*

Wyjazd, na który zgłosi się najwięcej osób, będzie realizowany w pierwszej kolejności. *Zainteresowanych prosimy o przesłanie wstępnego zgłoszenia na adres e-mail: praca68@oil.org.pl lub kwatour@op.pl*

Komunikat

Kapituła Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zwracam się do wszystkich członków samorządu lekarskiego i zapraszam do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególny sposób zasłużyły się dla naszego samorządu.

Wnioski o nadanie odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich. Odznaczenie zaś może być przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: www.nil.org.pl/xml/nil/odznaczenia/mpm

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub urszula.rolczyk@hipokrates.org w terminie **do 30 września 2009 r.**

Włodzimierz Bednorz

kanclerz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

XXX Jubileuszowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Lublin 16-19 września 2009

Jakość życia kobiety
Salus feminarum suprema lex esto

Tematy wiodące Kongresu:

- Medycyna maczyno-rodowa
- Ginekologia onkologiczna
- Ginekologia operacyjna
- Endokrynologia
- Postępy w położnictwie i ginekologii

www.kongresptg2009.pl

MediPage Sp. z o.o.

02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl



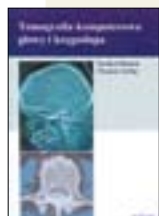
Rak płuca. Monitorowanie przebiegu i leczenie
Urszula Grzesiakowska, Michał Olszewski
Warszawa 2009, 3 płyty DVD

Polska Unia Onkologii we współpracy z Roche opracowała problematykę raka płuc poczynając od wykrywania, stopniowania, monitorowania przebiegu aż do metod leczenia.



Chłoniaki - chcę wiedzieć więcej
Przewodnik dla pacjentów
Ewa Paszkiewicz-Kozik, Wojciech Jurczak
Roche Polska Sp. z o.o., 02-672 Warszawa,
ul. Domaniewska 39 B, tel. 022-345-18-88,
faks 022-345-18-74, www.roche.pl, kolonotatnik, str. 50

Przewodnik dla pacjentów, ponieważ łatwiej walczyć z chłoniakiem wiedząc więcej o nim i o sposobach jego leczenia.



Tomografia komputerowa głowy i kręgosłupa
Norbert Hosten, Thomas Liebig
Warszawa 2009, str. 460

Vademecum dla lekarzy radiologów, neurologów i neurochirurgów. Informacje, które mogą być przydatne w nagłych sytuacjach, w trakcie rutynowej diagnostyki głowy i kręgosłupa w tomografii komputerowej. Szczegółowa budowa anatomiczna struktur mózgowia i kręgosłupa oraz odpowiednie parametry pozwalające różnicować stan prawidłowy i zmiany patologiczne. Ponad 930 wysokiej jakości rycin.



Atlas kolonoskopii. Technika. Diagnostyka. Zabiegi
Helmut Messmann
red. nauk. wyd. pol.: prof. dr hab. n. med. Jarosław Reguła,
dr n. med. Jacek Pachlewski
red. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jezorski
Warszawa 2007, str. 236

Źródło informacji dla każdego zajmującego się endoskopią. Zawiera m.in. przystępne wprowadzenie do kolonoskopii, ilustrowane, szczegółowe: opisy prawidłowych obrazów w wszystkich odcinkach jelit, opisy i liczne ilustracje różnych patologii, informacje o najnowszych technikach.



36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia

Nancy L. Mace, Peter V. Rabins
wyd. pol. Warszawa 2005, str. 344
Zaktualizowane wydanie popularnego podręcznika dla rodzin opiekujących się chorymi na otępienie i osób zawodowo zajmujących się przewlekle chorymi. Wskazówki i jasne informacje dotyczące objawów i sposobu postępowania w zmaganiu się z problemami dnia codziennego.

Via Medica Sp. z o.o.

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



Nowotwory płuca i opłucnej. Praktyczny przewodnik dla lekarzy
pod red. Jacka Jassena i Macieja Krzakowskiego
wyd. I popr. Gdańsk 2009, str. 190 plus indeks

Najważniejsze praktyczne informacje, które mogą być pomocne w codziennej pracy lekarza klinicysty. Oparte na zasadach EBM. Odnosniki do najważniejszych pozycji piśmiennictwa oraz krajowych i międzynarodowych zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych.

Sartany w praktyce leczniczej

Bogdan Wyrzykowski
wyd. I. Gdańsk 2008, str. 310

Bardzo szczegółowy opis znaczenia i działania sartanów – blokerów receptora angiotensyny II, które zapobiegają rozwojowi nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i korzystnie modyfikują profil metaboliczny u chorych z podwyższonym ciśnieniem krwi.



Wydawnictwo „Continuo”

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, www.continuo.wroclaw.pl,
tel./faks 071-791-20-30, tel. 0601-774-733, wydawnictwo@continuo.wroclaw.pl

Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej

Swietlana Masgutowa, Anna Regner
Międzynarodowy Instytut dr Swietlany Masgutowej
Wrocław 2009, str. 168

Publikacja dla środowiska akademickiego, praktykujących logopedów, rehabilitantów, lekarzy, fizjoterapeutów i członków rodzin, wychodzi naprzeciw programom związanym z wczesną, wielospecjalistyczną, kompleksową, skoordynowaną pomocą dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością i jego rodzinie. Zawiera: – w cz. teoret.: podstawy anatomii, funkcji, dynamiki i uwarunkowań związanych z rozwojem mowy dziecka; w cz. prakt.: problemy postępowania rehabilitacyjno-stymulującego, zapobieganiu i leczeniu zaburzeń rozwoju mowy dziecka. Ilustracje ćwiczeń.



Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego

Anna Klimczyk, Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu,
Wrocław 2008, str. 196

Omówienie zajęć praktycznych z pielęgniarstwa. Każdy rozdział zawiera krótkie przypomnienie podstawowych wiadomości z anatomii, fizjologii i wyjaśnia istotę schorzeń. Największy nacisk położono na rolę i zadania pielęgniarki w pielęgnowaniu pacjentów. Sformulowano problemy pielęgnacyjne i propozycje ich rozwiązania lub wskazówki rozwiązywania problemów pacjenta. Po każdym rozdziale zamieszczono terminy łacińskie, z którymi studenci spotykają się najczęściej oraz wykaz literatury.



Enterokoki jako bakterie zakażeń szpitalnych

pod red. Anny Śledzińskiej, Alfreda Sameta, Andrzeja Gładysza
Wrocław 2009, str. 176

Informacje charakteryzujące enterokoki, metody diagnostyki tradycyjnej i nowoczesnej opartej na analizie genetycznej. Zagadnienia dotyczące kliniki zakażeń enterokokowych, możliwości współczesnego leczenia, ze wskazaniem metod umożliwiających dobór dawek chemioterapeutyków uwzględniających interakcję leków i stan immunologiczny organizmu. Bogata literatura tematyczna.



Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego

pod red. Andrzeja Steciwko i Agnieszki Mastalerz-Migas
t. 13 Kardiologia, nefrologia, psychologia, pediatria, geriatria
Katedra i Zakład Med. Rodzinnej i Regionalny Ośr. Kształcenia Lek. Rodzinnych AM we Wrocławiu, Wrocław 2008, str. 178

Omówiono najczęstsze schorzenia, z którymi lekarz spotyka się w codziennej praktyce. Postępowanie w ostrej i przewlekłej niewydolności serca, migotaniu przedsionków, problematyce zaostrzeń przewlekłych chorób układu krążenia, chorób nerek u dorosłych i dzieci, z uwzgl. diagnostyki usg. Problemy psychologiczne chorych dializowanych, schorzenia psychosomatyczne, pediatryczne, zapalenia opon mózgowych, problemy przemocy w rodzinie, nadpobudliwości u dzieci (diagnostyka i terapia) oraz zdrowie środowiskowe dzieci i inicjatywy UE w tym zakresie.



Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

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

Diagnostyka różnicowa najczęstszych dolegliwości

Robert H. Seller
red. wyd. I pol. Andrzej Steciwko
Wrocław 2009, str. 512

Diagnostyka różnicowa dolegliwości, z którymi najczęściej chorzy zgłaszają się do swoich lek. rodzinnych, lekarzy POZ i specjalistów. Szczegółowo oprac. tabele różnicujące objawy dot. różnych części ciała z wartościującym podaniem typowych cech dla poszczególnych jednostek chorobowych.



Przypadki kliniczne z chirurgii.
Michael Gerstorfer, Piet Koeppen
red. wyd. I pol. Tadeusz Polpiela
Wrocław 2009, str. 426

Podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalistycznego. Omówienie 80 przypadków chirurgicznych, od badania podmiotowego i przedmiotowego, wstępnej hipotezy rozpoznania, poprzez analizę różnicową wzbogaconą wynikami badań do ustalenia ostatecznego rozpoznania i właściwego leczenia. Cały tok postępowania poparty, na podstawie najnowszej wiedzy, zwięźle przedstawioną patogenezą rozpoznanej jednostki chorobowej.

Masaż leczniczy. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i miednicy

Leon Chaitow, Sandy Fritz, Tom Myers, Graeme Chambers, Artur Dziak
Wrocław 2009, str. 172

Autorzy przekazują wiedzę opartą na wieloletnich doświadczeniach terapeutycznych. Przewodnik skierowany do wykwalifikowanych masażystów, przeszkolonych zgodnie z tendencjami obowiązującymi w nowoczesnej fizjoterapii.



Ultrasonografia dopplerowska. Zastosowanie kliniczne

Paul L. Allan, Paul A. Dubbins, W. Norman McDicken, Myron A. Poznak
red. wyd. I pol. Wiesław Jakubowski
Wrocław 2009, str. 400 (t. 1+2)

W 15 rozdziałach prezentacja większości diagnostycznych zastosowań badań dopplerowskich we współczesnej obrazowej diagnostyce medycznej. Opis techniki badań, możliwości diagnostycznych, wartości badań, ich ograniczenia i miejsca w całościowym algorytmie diagnostyki narządów i układów. Dla lekarzy uczących się dopplerowskich badań USG i pogłębiających swoją wiedzę z tego zakresu.



Biochemia. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych

Edward Bańkowski
wyd. II, Wrocław 2009, str. 552

Zmodyfikowany i unowocześniony podręcznik dla studentów uczelni medycznych. Zawiera wiedzę z zakresu klasycznej biochemii i został uzupełniony o najnowsze osiągnięcia naukowe. Poszerzono fragmenty tekstu poświęcone regulacji metabolizmu, rozbudowano elementy patobiochemii i opisy specyfiki metabolicznej głównych narządów, wyeksponowano cukrzycę i otyłość jako przykłady chorób będących następstwem deregulacji i dezintegracji metabolizmu. Wprowadzono 3 nowe rozdziały poświęcone ketogenezie, mikroelementom i metabolizmowi ksenobiotyków.



Ponadto nadesłano



Prometeusz. Atlas anatomii człowieka. Atlas z podręcznikiem
t. I Anatomia ogólna i układ mięśniowo-szkieletowy
t. II Szyja i narządy wewnętrzne, t. III Głowa i neuroanatomia
Michael Schünke, Erik Schulte, Udo Schumacher
Ilustracje: Marcus Voll, Karl Wesker
red. wyd. I pol. t. I Jerzy St. Gielecki, Anna Żurada; t. II Wojciech Nowak, Jerzy A. Walocha, Grzegorz Gonczarz; t. III Ryszard Aleksandrowicz, Bogdan Cisek, Alicja Kędzia, Tomasz Zyss
Wrocław 2008, Wydawnictwo MedPharm Polska, 53-333 Wrocław,
ul. Powstańców Śląskich 28-30, 071-335-03-64, 0606-384-212,
www.medpharm.pl, rhajdaniak@medpharm.pl, cena komp. 499 zł

Ilustr. z bogatymi opisami i podsumowującymi je tabelami. Elementy kliniczne, prezentacja koncepcji anatomicznych, co pozwala na połączenie układowego przeglądu struktur anatomicznych, łącznie z topografią. Celem ilustr. jest przedstawienie zależności anatomicznych nie tracąc szczegółów i estetyki. T. 1, str. 542, c. 199 zł zawiera anatomiczne przypadki kliniczne; morfologiczne podstawy problemów klinicznych. T. 2, str. 368, c. 179 zł łączy informacje kliniczne z prezentacją wiedzy anatomicznej przy pomocy ilustracji. W każdym rozdz. zaprezentowano struktury anatomiczne od przestrzeni anatomicznych, poprzez narządy, tętnice, układ żylny, limfatyczny i autonomiczny układ nerwowy. Unikatowe ilustracje fragmentów unaczynienia i unerwienia każdego narządu. T. 3, str. 406, c. 189 zł krok po kroku prowadzi przez anatomie głowy, od kości czaszki, przez wiązadła i przyczepy mięśni, nerwy czaszkowe, anatomie topograficzną, po narządy zmysłów. Omówienie wyodrębnionych struktur neuroanatomicznych ułatwia ich identyfikację w ramach większego systemu czynnościowego.



Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych

Renata Kędziora
Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, księgarnia: firmowa 01-231
Warszawa, ul. Płocka 5A (wej. od ul. Ludwika), tel. 022-535-80-72,
022-535-81-72, www.wolterskluwer.pl; internetowa: 022-535-80-78,
profinfo@wolterskluwer.pl, www.profinfo.pl, str. 464, c. 79.00 zł

Autorka – doktor nauk prawnych prezentuje zasady i przesłanki odpowiedzialności za nieudzielenie pomocy, niepowodzenie w leczeniu, dokonanie czynności bez zgody pacjenta i z naruszeniem innych przesłanek dopuszczalności ich przeprowadzenia. Porusza tematy kontrowersyjne: stwierdzenie błędu medycznego, dopuszczalność transplantacji ex vivo, sterylizacja na życzenie, a także zagadnienia związane z zabiegami kosmetycznymi i eksperymentami medycznymi.



Satysfakcja i lojalność klienta na rynku farmaceutycznym

Aleksandra Czerw
wyd. I, Warszawa 2008, CeDeWu Sp. z o.o., 00-680 Warszawa,
ul. Żurawia 47/49, tel. 022-827-38-90, faks 022-827-38-89,
e-mail: cedewu@cedewu.pl, str. 266

Zaprezentowano badania pomiaru zadowolenia i lojalności lekarzy wobec marki produktu leczniczego, stanowiące źródło informacji o obszarach doskonalenia firmy w zakresie marki produktu oraz charakterze współpracy firmy farmaceutycznej ze środowiskiem. Książka zainteresuje osoby profesjonalnie zajmujące się marketingiem leków, pracowników firm farmaceutycznych działu sprzedaży, środowisko medyczne.



opr. md

Zasługi ojców naszych

Miło jest mi zapowiedzieć ukazanie się nowej książki dr. med. Krzysztofa Brozka pt. „Polscy lekarze na Górnym Śląsku i Śląsku Cieszyńskim od końca XIX do połowy XX wieku”.

Jej autor to powszechnie szanowany lekarz i nauczyciel akademicki oraz ceniony historyk medycyny. Związany od dzieciństwa ze Śląskiem piórem spleca zaciągnięte długie. Przed kilkoma laty opracował doskonałą monografię „Polska służba medyczna w powstaniach śląskich i plebiscycie”, a następnie „Polskie stowarzyszenia lekarskie”. Nowa pozycja to niezwykle interesujące opracowanie przedstawiające trudną drogę XIX-wiecznych lekarzy Śląska w obronie polskości. Oni bowiem w obliczu powszechnej germanizacji i dławienia wszystkiego co polskie okazali się pionierami polskiego życia narodowego. Na przełomie XIX i XX w. dali niezliczone dowody odwagi i ofiarności przy organizowaniu polskiego ruchu oświatowego i kulturalnego, politycznego i gospodarczego.

W kolejnych rozdziałach autor przedstawił udział lekarzy Śląska w odbudowie niepodległego państwa polskiego. Ich dziełem była wówczas budowa całego systemu zdrowotnego w regionie oraz rozwój stowarzyszeń lekarskich: naukowych i samorządowych. Bardzo interesujące są rozdziały o działalności lekarzy na Śląsku Opolskim i Zaolziu, a także losy lekarzy śląskich na frontach II wojny światowej. Finałem książki jest opis dziejów lekarzy Śląska w latach pięćdziesiątych minionego stulecia. Nie trudno zatem się domyśleć, że następną pozycją autora będą czasy najnowsze.

Książka, którą serdecznie polecam czytelnikom, zasługuje, aby trafiła do naszych bibliotek. Autorowi pragnę pogratulować i podziękować za to, co czyni dla zachowania historii. Bez takich jak on zasługi ojców naszych poszłyby na marne.

Witold Lisowski

Krzysztof Brozek „Polscy lekarze na Górnym Śląsku i Śląsku Cieszyńskim od końca XIX do połowy XX wieku”, str. 360. Biblioteka Thesaurus Silesiae nr 1. W 20-lecie reaktywowania Śląskiej Izby Lekarskiej. Wydawca: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, 40-036 Katowice, ul. J. Ligonia 7, tel. 032-258-07-56, faks 032-258-32-29, dział handlowy 032-258-58-70, e-mail: handel@slaskwn.com.pl, www.slaskwn.com.pl