



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2012

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 187

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



W marcu jak...

SIEDEM KROKÓW REKOMENDOWANYCH LEKARZOWI

W ZWIĄZKU Z UCHWAŁĄ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ NR 1/12/VI
Z DNIA 10 LUTEGO 2012 ROKU W SPRAWIE REKOMENDACJI ZWIĄZANYCH
Z WYSTAWIANIEM RECEPT REFUNDOWANYCH



1. Zapoznaj się z treścią uchwały nr 1/12/VI NRL z dnia 10.02.2012 roku w sprawie preskrypcji leków.
2. Upewnij się, że Twój pracodawca lub podmiot leczniczy, w którym wykonujesz zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej ma zawartą umowę na świadczenie usług z NFZ.
3. Sprawdź, czy w tej umowie zawarte są przepisy przewidujące kary w wysokości kwoty nienależnej refundacji za wystawienie recepty na leki refundowane: 1) osobie nieubezpieczonej, 2) w innym nieuzasadnionym przypadku.
4. Zapowiedz, że nie zgadzasz się na wystawianie recept na leki refundowane w przypadku dalszego zagrożenia tymi karami.
5. Zaproponuj zmianę w zakresie swoich obowiązków pracowniczych lub wynikających z umowy cywilnoprawnej poprzez wykreślenie obowiązku wystawiania recept na leki refundowane.
6. Zaproponuj pracodawcy zawarcie umowy, w której zobowiąże się do niedochodzenia od Ciebie regresowych roszczeń odszkodowawczych w przypadku ukarania go przez NFZ karami nałożonymi w związku z wystawianiem recept na leki refundowane.
7. W wypadku braku zgody na powyższe rozwiązania złóż pisemne wypowiedzenie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej i zaproponuj jednocześnie zawarcie nowej umowy wyłączającej z zakresu obowiązków wystawianie recept na leki refundowane.



**KONIECZNIE POINFORMUJ O SWOIM POSTĘPOWANIU WŁAŚCIWĄ
OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ I INNE ORGANIZACJE, DO KTÓRYCH NALEŻYSZ.
WSPÓLNIE UDZIELIMY SOBIE WSPARCIA I NIE POZWOLIMY, BY UCZYNIONO
Z NAS BIUROKRATÓW**

Właśnie wróciłem z Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy – obszernie informacje znajdziecie Państwo w bieżącym numerze „Gazety Lekarskiej”. Chęć zamieszczenia właśnie tych materiałów spowodowała, że i GL, i nasz Biuletyn dociera do Was z niewielkim opóźnieniem. Od siebie mogę tylko dodać, że byłem bardzo pozytywnie zaskoczony wysoką frekwencją na sali obrad, pomimo tego, że zakończyliśmy je w sobotę ok. 20⁰⁰. Pozwoliło to (jeśli się nie mylę po raz pierwszy) na zrealizowanie pełnego planu Zjazdu. Jak zapewne wiecie atmosfera na sali obrad – zwłaszcza w pierwszym dniu – kiedy to gościem Zjazdu był min. Arłukowicz osiągnęła wysoką temperaturę. Myślę jednak, że zarówno zachowanie się delegatów, jak i bardzo ostre wypowiedzi Prezesa Hamankiewicza (także po raz pierwszy) oddały nastroje panujące wśród lekarzy. Efekty tego Zjazdu (uchwały, stanowiska i apele) zapewne także znajdą się w tym numerze GL.

Tak więc, pozostaje mi zaprosić Was do lektury marcowego Biuletynu, w którym znajdziecie (mam cały czas taką nadzieję) interesujące teksty. Będą to, m.in. wyniki badań sondażowych nt. lekarzy i opieki zdrowotnej w Polsce (materiał przedstawiony na Zjeździe) oraz rozmowa o najbliższych perspektywach, jakie rysują się przed lecnictwem uzdrowiskowym.

Dzięki uprzejmości Wydawnictwa LEX a Wolters Kluwer business zamieszczam w Biuletynie bardzo ciekawy tekst „Wojna lekarzy z pacjentami” pochodzący z publikacji tego wydawnictwa pt. „Etyczne aspekty decyzji medycznych. Właściwa komunikacja, dobre procedury”.

Będzie również materiał o obowiązku doskonalenia zawodowego w świetle wolnego rynku usług medycz-

nych, o lęku przed dentystą (à propos, czy jest ktoś kto się go nie boi?) oraz notka o dr Jordanie.

W części medycznej teksty o możliwościach wpływania diety na stopień zaawansowania ADHD i młodych komputerowcach.

Znajdziecie Państwo również krótkie wspomnienie o naszym młodym Koledze – dr Kornackim, a na koniec – jak zawsze – ogłoszenia i nowości wydawnicze.

Na drugiej stronie okładki umieściłem ulotkę przygotowaną przez Naczelną Izbę Lekarską, będącą efektem podjętych przez NRL decyzji o kolejnych formach naszego protestu w przyszłości.

I na koniec przypominam wszystkim delegatom na Okręgowy Zjazd Lekarzy, że w dn. 24 marca br. w sali konferencyjnej WCM w Opolu o godz. 9⁰⁰ rozpocznie się Okręgowy Zjazd Lekarzy. Materiały z tego zjazdu znajdują się w kwietniowym numerze naszego Biuletynu.

Życząc przyjemnej lektury, żegnam się na miesiąc.

Jerzy B. LACH

PS. Poniżej zamieszczam krótką informację Komisji ds. Lekarzy Emerytów.

* * *

ORL w Opolu i Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów organizuje Wiosenne Spotkanie lekarzy-seniorów, w sobotę 21 kwietnia br. o godz. 14⁰⁰, w Klubie Lekarza w Opolu, przy ul. Grunwaldzkiej 23. W czasie spotkania zostaną wręczone okolicznościowe medale i dyplomy kolejnej grupie lekarzy-seniorów, którzy przed 50-laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa w Biurze OIL (tel. 77/454-59-9) do dnia 18 kwietnia br.

Przewodniczący Komisji

Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy!

Piszę te refleksje bezpośrednio po zakończeniu obrad Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, zjazdu który przypadł na bardzo gorący okres sporu między Samorządem Lekarskim a Ministerstwem Zdrowia. Na zjazd zaproszony został Minister Zdrowia. Niestety Minister nie zdecydował się na podjęcie decyzji, które uspokoiłyby nastroje lekarzy. Po raz kolejny powiedział, że chce zmieniać złe prawo, ale również po raz kolejny nie zadeklarował woli kolejnych zmian w ustawie refundacyjnej. Dodatkowo Minister nie zgodził się na zgłasza-

nie pod jego adresem pytań i prowadzenie bezpośredniej dyskusji.

Po spotkaniu z Ministrem, które miało miejsce na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 16 grudnia ubiegłego roku, wydawało się, że mamy wreszcie Ministra, który nie tylko deklaruje, że będzie współpracował z Samorządem Lekarskim, ale rzeczywiście tę współpracę realizuje. Po upływie 2 miesięcy okazuje się, że postępowanie Ministra i jego współpracowników całkowicie rozmija się z tymi deklaracjami. Dwa miesiące temu mówiłem jednej z Koleżanek, że Minister ma dobrą wo-

lę, że na pewno przynajmniej część obietnic zrealizuje. Teraz po upływie tych dwóch miesięcy powiedziałem do kamery jednej ze stacji telewizji informacyjnej, że nie wierzę już Ministrowi.

Refleksje te, jak widzicie, są niezbyt optymistyczne. Czy rzeczywiście tak trzeba skwitować ostatni zjazd. Nie. Jest coś pozytywnego, coś bardzo pozytywnego – po raz pierwszy na tak dużym i ważnym forum, na posiedzeniu najwyższej władzy Samorządu Lekarskiego, nie było żadnego rozdzwieku między głosami lekarzy-samorządowców i lekarzy-związkowców. Dały temu wyraz podjęte uchwały, stanowiska i apele. Oby rządzący umieli wykorzystać ten sygnał. **Środowisko lekarskie jest wyjątkowo zmobilizowane i zdeterminowane**, by

zrzucić z siebie obowiązki administracyjne, nie mające nic wspólnego z wykonywaniem zawodu lekarza czy lekarza denty. **My chcemy leczyć i chcemy mieć czas na bezpośredni kontakt z pacjentem.** Wertowanie opasłych obwieszczeń refundacyjnych ten czas ogranicza, a nieustanne zagrożenie karami (mimo wykreślenia tego zapisu z ustawy, pozostał on w umowach na wystawianie recept) nie ułatwia podejmowania decyzji terapeutycznych.

Czy wspomniany wyżej brak wiary w dobrą wolę Ministra oznacza, że nie wierzę w jakiegokolwiek zmiany. Na szczęście nie. Ale pokłady optymizmu niebezpiecznie maleją.

Jerzy JAKUBISZYN

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

Sprawozdania z posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w dniu 25 stycznia 2012 r.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie poddyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.
4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Rekomendacja kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego z dziedziny chorób wewnętrznych.
7. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
8. Przyznanie Godności Honorowej OIL „Prymariusza Opolskiego”
9. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich (12–14.01) i posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (13.01).
10. Ustawa refundacyjna – ustalenia w sprawie akcji protestacyjnej.
11. Sprawa umowy z Ministerstwem Zdrowia, dotyczącej refundacji kosztów poniesionych na wykonywanie zadań przejętych od administracji państwowej.
12. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
13. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad. 1

Kol. Lach przedstawił wnioski o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej następujących Koleżanek i Kolegów przenoszących się z innych izb lekarskich:

- Ilków Wojciech (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej),
- Kwiatkowska Magdalena (przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej),
- Leszczyński Piotr (przeniesienie z DIL),
- Froelich Mateusz (przeniesienie z DIL),
- Kunc Urszula (przeniesienie z DIL),
- Kunc Marek (przeniesienie z DIL),
- Makota-Glazder Dominika (przeniesienie z DIL),
- Szostakiewicz Marta (przeniesienie z Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej).

Wszystkie wnioski zostały jednogłośnie zaakceptowane przez Radę.

Ad. 2

Prezes Jakubiszyn przedstawił wniosek Opolskiego Koła Regionalnego Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego o rejestrację szkolenia dla lekarzy denty. „Wady zgryzu kl. II – etiologia, rodzaje, diagnostyka i spo-

soby leczenia”, które odbędzie się 18 lutego br. w Opolu. Rada przyjęła wniosek jednogłośnie, przyznając jednocześnie 6 pkt. edukacyjnych.

Ad. 3

Do izby wpłynęło podanie Małgorzaty Kobierskiej o wyrejestrowanie jej praktyki dentystycznej. Rada jednogłośnie przyjęła wniosek.

Ad. 4

Kol. Jakubiszyn przedstawił cztery wnioski o przyznanie zapomóg z Funduszu Samopomocy. Zapomogi zostały przyznane jednogłośnie.

Ad. 5

Na konkurs na ordynatorów Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicznych oraz Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej w Mosznej Rada wyznaczyła na swoich przedstawicieli: Antoniego Junoszę-Szaniawskiego (przewodniczący) oraz Elżbietę Sadowską, Ewę Pendziałek i Kamila Rucińskiego (członkowie).

Z kolei na trzy konkursy na pielęgniarki oddziałowe (Oddziału Chirurgii Ogólnej, Anestezjologii i Dziennego Psychiatrycznego) w szpitalu w Nysie wyznaczono Adama Bąka, a na cztery oddziały (Kardiochirurgii, Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Ratunkowego i Bloku Operacyjnego) w WCM Opole – Jerzego Jakubiszyna. Rada wszystkie decyzje podjęła jednogłośnie.

Ad. 6

W związku z wnioskiem Wojewody Opolskiego o opinię w sprawie powołania nowego Konsultanta Wojewódzkiego w zakresie chorób wewnętrznych, Wiceprezes Kowarzyk przedstawił członkom Rady opinię Prezydium. Na ostatnie swoje zebranie Prezydium zaprosiło obu kandydatów do tego stanowiska – kol.kol. Sławomira Tubka i Jacka Miarkę. Kol. Kowarzyk zrelacjonował pokrótce wyniki obu przeprowadzonych rozmów i zapoznał członków Rady ze stanowiskiem Prezydium w tej sprawie. Prezydium zdecydowało jednogłośnie zarekomendować Radzie kandydaturę kol. Miarki. Rada po krótkiej dyskusji postanowiła jednogłośnie zarekomendować Wojewodzie kol. Jacka Miarkę na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego

Ad. 7

Prezes przedstawił wnioski dotyczące składki członkowskiej:

- o zwolnienie w całości – troje lekarzy, zgłaszających zaprzestanie zarobkowego wykonywania zawodu,
- o zmniejszenie do 10 zł – czworo lekarzy, którzy osiągnęli wiek emerytalny.

Wszystkie powyższe wnioski przyjęto jednogłośnie.

Ad. 8

Do Rady wpłynęły trzy wnioski kol. Wiesława Łatały, Stanisława Kowarzyka i Małgorzaty Łuszczynskiej-Ostrowskiej na dwóch kandydatów do Honorowego Tytułu „Prymariusza Opolskiego” dla Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej i Jerzego Jakubiszyna.

Prezes przypomniał wszystkim obecnym, że do rozdania są dwie takie nagrody, jeszcze raz zapoznał z regulaminem głosowania i rozdał karty do głosowania.

W I turze kol. Jakubiszyn uzyskał, przy 18 głosach ważnych, 17 głosów, a kol. Mokrzycka 16 głosów. Tak więc po pierwszej turze Rada zatwierdziła kandydaturę Prezesa do nagrody.

W II turze, także na 18 ważnych głosów, kol. Smerkowska-Mokrzycka uzyskała 17 głosów i Rada zatwierdziła także i tę kandydaturę do nagrody.

Ad. 9 i 10

Kol. Jakubiszyn przedstawił sprawozdanie ze spotkań Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich 12–14 stycznia br. i posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej z 13 stycznia br., na których dyskutowano o proteście lekarzy wobec ustawy refundacyjnej. Wymuszone, zdecydowanym działaniem protestujących lekarzy, działania Ministerstwa Zdrowia, uwzględniające częściowo postulaty środowiska doprowadziły do zmiany formy protestu. Prezes przedstawił szczegóły wszystkich tych spotkań i omówił pokrótce ich wyniki. Członkowie Rady w dyskusji ponownie podkreślili, że często rozmiągające się stanowiska różnych środowisk lekarskich nie najlepiej służą wizerunkowi Samorządu Lekarskiego i jego jedności.

W dalszej części dyskusji dzielono się wątpliwościami dotyczącymi sposobów wypisywania recept, na które kol. Jakubiszyn starał się możliwie wyczerpująco odpowiedzieć. W trakcie dyskusji zgłoszono uwagi dotyczące pojawiających się trudności w realizacji recept w niektórych aptekach. Prezes zobowiązał się do wyjaśnienia zasygnalizowanych problemów w rozmowie z Prezesem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Opolu.

Na zakończenie tej części obrad Prezes przedstawił projekt uchwały Rady dotyczący wyasygnowaniu z budżetu Izby kwoty 5.000 zł na koszty zakupu 500 pieczętek używanych w dniach protestu. Rada jednogłośnie przyjęła stosowną uchwałę (uchwała nr 58/12/VI w załączeniu).

Następnie kol. Jakubiszyn zaproponował członkom Rady wysłuchanie, zaproszonego na Radę, kol. Marka Kani, który wystąpił z bardzo ciekawą inicjatywą powołania zespołu muzycznego działającego przy Izbie Lekarskiej. O swoim pomysle pisał już w Biuletynie Informacyjnym i na jego apel zgłosiło się do niego 28 Koleżanek i Kolegów, którzy wyrazili ochotę grania. W związku z tym przedstawił swoje plany związane z jeszcze większym rozpropagowaniem pomysłu poprzez modyfikacje

już istniejącej strony internetowej, konieczność przeprowadzenia weryfikacji umiejętności zgłaszających się, przeprowadzenie ewentualnych warsztatów muzycznych. Przedstawił też zarys planów koncertowych.

Propozycja kol. Kani spotkała się z ogólnym poparciem Rady, która jednogłośnie przyznała kwotę 3.000 zł na rozpoczęcie w/w działań (uchwała nr 59/12/VI w załączeniu).

Ad. 11

Prezes poinformował Radę, że w związku z nieefektywnymi negocjacjami z Ministerstwem Zdrowia w sprawie refundacji kosztów poniesionych przez izby na czynności przejęte od administracji, 21 izb nie podpisało stosownych umów z MZ. Decyzją Konwentu Prezesów Okręgowych Izby Lekarskich skierowane zostało zapytanie do jednego z akademickich autorytetów prawa, co do możliwości skierowania sprawy na drogę sądową.

Ad. 12

W tej części obrad głos zabrał kol. Latała, który poinformował, że dn. 14 stycznia br. odbył się, organizowany wspólnie przez Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Komisję Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej i Wojewódzką Przychodnię Stomatologiczną w Opolu, kurs naukowo-szkoleniowy, w którym z wykładami: „Nadwrażliwość zębiny – objaw czy choroba?” i „Erozja zębów następstwem zdrowego stylu życia” wystąpiła prof. dr hab. Urszula Kaczmarek, a z wykładem „Populacja województwa opolskiego w świetle badań monitoringowych stanu zdrowia jamy ustnej.” – dr n. med. Joanna Kobierska-Brzoza.

Ad. 13

W związku z upływającym z końcem lutego terminem obowiązywania dotychczasowych ubezpieczeń OC członków naszej izby, kol. Jakubiszyn spotka się z brokerem, który ma przygotować ostateczną propozycję nowego ubezpieczenia. Prezes nie znał ostatecznych warunków ubezpieczenia, ale poinformował, że jak tylko je otrzyma, to przekaże je drogą elektroniczną wszystkim członkom Rady. Jednocześnie w najbliższym numerze Biuletynu znajdzie się wkładka zawierająca wszystkie informacje na ten temat dla członków naszej izby.

Wobec wyczerpania porządku obrad kol. Jakubiszyn podziękował członkom Rady za przybycie i zamknął obrady.

* * *

RADA W DNIU 22 LUTEGO 2012 R.

Program zebrania:

1. Przyznanie praw wykonywania zawodu.
2. Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy.
3. Rejestracja indywidualnych praktyk lekarskich.

4. Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych.
5. Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych.
6. Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej.
7. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich (09.02.) i posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej (10.02).
8. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
9. Omówienie założeń budżetu OIL na rok 2012.
10. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ad. 1

Kol. Lach poinformował, że nie ma nowych wniosków o wydanie prawa wykonywania zawodu lub o wpis do rejestru.

Prezes przypomniał, że na swoim grudniowym posiedzeniu Rada powołała komisję do oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza przez jedną z Koleżanek. Po pierwszych ustaleniach komisji z zainteresowaną, zaplanowane było jej badanie w warunkach domowych. Potem jednak odmówiła ona tego badania, nie zgłosiła się też na posiedzenie komisji.. W związku z powyższym, komisja przedstawiła Radzie wniosek o czasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu dla tej Koleżanki, do czasu przeprowadzenia badania przez Komisję. Rada, w drodze uchwały, przyjęła wniosek komisji przy jednym głosie wstrzymującym się.

Ad. 2

Do Rady wpłynęły wnioski następujących podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe dla lekarzy i lekarzy dentystów:

- „DreamOrtho”, firma z Krakowa, w dn. 24.II.br. przeprowadzi szkolenie „Nowe przepisy w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej”. Przy 2 głosach wstrzymujących się Rada zaakceptowała wniosek, przyznając jednocześnie 7 pkt. edukacyjnych,
- „Marku”, firma z Częstochowy, w dniach 25.II, 21.III i 16.IV.br. przeprowadzi szkolenia „Gratia Core i Fiber Post – ułatw sobie codzienną pracę stosując inteligentny system”. Zebrani przyjęli wniosek jednogłośnie, przyznając po 4 punkty za każde szkolenie.
- „Orthomed”, firma z Opola, przeprowadziła w X 2011 szkolenie w Krakowie – rozszerzono załącznik do wpisu do rejestru.

Ad. 3

Kol. Jakubiszyn przedstawił następnie wnioski o zmianę wpisu (zmiana lokalizacji), dotyczącego rejestru praktyk :

- lekarskiej – Piotra Niesłonego oraz
- lekarsko-dentystycznej – Joanny Klimczewskiej-Iwanusy.

Rada jednogłośnie zaakceptowała oba wnioski.

Ad. 4

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o przyznanie zapomóg. Prezes przypomniał równocześnie, że w grudniu nie została przyznana zapomoga dla jednej z Koleżanek, ze względu na nie dotrzymanie przewidzianego regulaminem Funduszu okresu półrocznej karencji. W lutym br. termin ten upłynął i w związku z tym istnieje możliwość przyznania kolejnej zapomogi. Rada jednogłośnie przyjęła wszystkie trzy wnioski.

Ad. 5

Dyrekcja szpitala w Oleśnie zwróciła się do Rady z prośbą o wyznaczenie swoich przedstawicieli do komisji konkursowych na trzy oddziały. Rada jednogłośnie postanowiła, że jej przedstawicielami będą:

- na konkurs w OIOM-ie: Marek Dryja (przewodniczący), Ewa Trejnowska, Zbigniew Górecki i Krzysztof Kaźmierczak;
- na konkurs w Oddz. Noworodkowym: Aleksander Wojtyłko (przewodniczący), Anna Chirowska-Adamczyk, Zbigniew Górecki i Maria Hamuda;
- na konkurs w SOR: Piotr Jastrzębski (przewodniczący), Piotr Wandrasz, Zbigniew Górecki i Ryszard Wileński.

Ad. 6

Czworo lekarzy zwróciło się do Rady z wnioskiem o obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł, w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego. Rada jednogłośnie zaakceptowała wszystkie wnioski.

Ad. 7

Prezes Jakubiszyn przedstawił krótko sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich oraz NRL. Tematem obrad tego pierwszego gremium była sprawa wspólnego kolportażu „Gazety Lekarskiej” i biuletynów okręgowych. Postanowiono, że po zerwaniu przez RASP umowy z NRL, nastąpi powrót do umowy z Poczta Polska, która – biorąc pod uwagę ceny oraz zasięg na terenie całego kraju – ma najbardziej korzystną ofertę.

Na Radzie Naczelnej z kolei przyjęto budżet NIL na rok bieżący oraz debatowano nad formą kontynuacji protestu lekarskiego związanego z wypisywaniem recept. Wszystkie umowy lekarskie z NFZ, dotyczące wypisywania recept, tracą z mocy nowych przepisów moc obowiązującą z końcem czerwca 2012. NRL zaproponowała, aby lekarze nie podpisali nowych umów z NFZ, co skutkować będzie wypisywaniem na receptach leków ze 100% opłatnością.

Dyskutowano również nad konsekwencjami ustawy refundacyjnej dla szpitali. Poruszane przez Prezesa sprawy wywołały ożywioną dyskusję wśród członków Rady, w której rozważano konsekwencje podjętego protestu.

Kol. Jakubiszyn wspomniał również o kontrowersjach wśród członków NRL, dotyczących regulaminu przyznawania specjalnego wyróżnienia Samorządu Lekarskiego „Meritus pro Medicis”, a także obowiązującej już nowelizacji Regulaminu Wyborczego, która umożliwia głosowanie w wyborach w rejonach wyborczych drogą korespondencyjną.

Ad. 8

Kol. Dryja przedstawił członkom Rady krótkie sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Komisji Etyki.

Kol. kol. Wojtyłko, Misiak i Latała przekazali pokrótce swoje wrażenia z bali karnawałowych lekarzy i lekarzy dentystów, zorganizowanych w Trzebiezowicach, Kluczborku i Opolu.

Kol. Karoń poinformował z kolei, że dr Majcher został ostatecznie powołany na stanowisko dyrektora szpitala w Kędzierzynie-Koźlu.

Prezes zaprosił wszystkich na koncert lekarzy muzykujących do Opolskiego Centrum Onkologii w dniu 3 marca br.

Ad. 9

Prezes przedstawił pokrótce główne założenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2012 r., które będą przedmiotem obrad najbliższego Okręgowego Zjazdu Lekarzy. Zwiększeniu uległy kwoty przeznaczone przede wszystkim na kształcenie, nagrody za specjalizacje i doktoraty oraz dofinansowanie imprez sportowych i kulturalnych. Równocześnie zmniejszono kwoty przeznaczone na funkcjonowanie Rzecznika Praw Lekarzy i odpis na Fundusz Samopomocy.

Ad. 10

W ostatniej części posiedzenia Rady kol. Jakubiszyn przedstawił pismo Ministerstwa Zdrowia w sprawie zaopiniowania kandydatury kol. Kazimierza Drosika na Konsultanta Krajowego ds. Onkologii Klinicznej. Rada jednogłośnie poparła tę kandydaturę.

Przekazał również podziękowania Prezesa Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej za udzielenie pożyczki na remont nowej siedziby izbowej.

Ze względu na wyczerpanie programu zebrania, posiedzenie Rady zakończono.

Jerzy LACH

Szanowna Pani Doktor
Szanowny Panie Doktorze
Szanowny Pacjencie

KARDIOLOGIA

REHABILITACJA AMBULATORYJNA DLA PACJENTÓW ZAGROŻONYCH NIEZDOLNOŚCIĄ DO PRACY, SPOWODOWANĄ SCHORZENIAMI KARDIOLOGICZNYMI

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Opolu uprzejmie informuje, że od 1 lutego 2009r. istnieje możliwość rehabilitacji i diagnostyki osób ze schorzeniami układu krążenia w trybie ambulatoryjnym prowadzonej przez Szpital MSWiA w Opolu, na podstawie umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

Rehabilitacja ambulatoryjna przewidziana jest dla mieszkańców Opola i najbliższych okolic, jednocześnie daje możliwość skorzystania z diagnostyki tym, którzy z różnych powodów nie mogą wziąć udziału w rehabilitacji ZUS w trybie stacjonarnym.

Na rehabilitację mogą być kierowani **ubezpieczeni w ZUS lub renciści ZUS**, a także osoby po ustaniu zatrudnienia, ale z prawem do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego ZUS. Nie jest wymagane pobieranie zasiłku chorobowego na dzień wystawienia wniosku.

Stosowny wniosek (możliwy do pobrania w siedzibie ZUS lub ze strony internetowej www.zus.pl) wypełnia lekarz prowadzący leczenie. Osoba zainteresowana powinna dołączyć do wniosku kserokopię dokumentacji medycznej, jeżeli takową posiada i złożyć w biurze podawczym ZUS lub przesłać na adres Oddziału ZUS w Opolu. Skierowanie osób z grupy ryzyka, zagrożonych niezdolnością do pracy spowodowaną schorzeniami kardiologicznymi umożliwia szybką diagnostykę i rehabilitację bez długotrwałego oczekiwania.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych realizuje zadania przewidziane z art. 55, 57 i 69 *ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Rady Ministrów z 12 października 2001r. w *sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne* (Dz. U. Nr 131, poz. 1457).

Koszt programu rehabilitacji pokrywa ZUS.

Dodatkowych informacji udziela się pod numerem telefonu (fax) 77/45-11-438 – Wydział Orzecznictwa Lekarskiego i Prewencji ZUS O/Opole.

Z poważaniem

*Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Opolu*

Czy Polacy kiedykolwiek rządzili na Kremlu?

15 maja 1591 r. car Borys Godunow zamordował najmłodszego syna Iwana IV Groźnego – Dymitra (oficjalnie sam w czasie napadu padackowego zranił się nożem).

Kilka lat później w czerwcu 1603 r. nagle na dworze księcia Adama Wiśniowieckiego pojawił się młody człowiek podający się za Dymitra. Miał się on ukryć przed zamachowcami Borysa Godunowa, którzy zamordowali innego chłopca. Wiśniowieccy przewieźli Samozwańca na dwór swojego krewnego Jerzego Mniszcha, starosty

Iwowskiego i wojewody sandomierskiego. Tam Dymitr Samozwaniec zaręczył się i podpisał umowę przedślubną z czwartą, piękną córką Jerzego Mniszcha – Maryną. Marzył o tym, aby zdobyć tron moskiewski przy pomocy wojsk Wiśniowieckich i Mniszców, którym obiecał olbrzymie korzyści materialne i terytorialne.

Kiedy 23 kwietnia 1505 r. nagle zmarł (prawdopodobnie otruty) Borys Godunow, na swojego następcę wyznaczył swego syna Teodora. Wówczas Dymitr Samozwaniec prawie bez walki wkroczył do Moskwy w dniu 20

czerwca 1605 r. 16-letniego Teodora i jego matkę udu-
szono, zaś zwłoki Borysa Godunowa wyrzucono z So-
boru Archangielskiego.

W dniu 30 czerwca 1605 r. Dymitr Samozwa-
niec koronowany został na cara Rosji. W maju
następnego roku do Moskwy przybyła Mary-
na Mniszchówna i w dniu 18 maja 1606 r.,
jako pierwsza kobieta w historii Rosji, ko-
ronowana została na carycę. Równocze-
śnie Dymitr i Maryna wzięli ślub w obr-
ządku bizantyjskim.

Nie minęło kilka dni od koronacji
i wesela, kiedy w Moskwie w dniu 17
maja 1606 r. wybuchło powstanie prze-
ciwko Polakom, na czele którego stanął
bojar Wasyl Szujski. Zamordowano wielu
Polaków i Litwinów, jak również Dymitra
Samozwańca. Jego ciało poćwiartowano, za-
ładowano do armaty i wystrzelono na zachód
w kierunku Polski. Marynę Mniszchówną za-
trzymano jako zakładniczkę podczas ucieczki, ale
w końcu Wasyl Szujski, który koronował się na cara
Rosji, odesłał ją do Polski.

Jeżeli chodzi o postać Dymitra Samozwańca, to praw-
dopodobnie był to zbiegły z Rosji mnich o nazwisku
Griszka Otriepow, ale prawdziwej tożsamości nigdy hi-
storycy nie ustalili.

I oto znowu w lipcu 1608 r. pojawił się w Polsce dru-
gi Dymitr Samozwaniec, rzekomo cudownie uratowany
podczas rzezi w Moskwie, którego tożsamość potwier-
dzili zarówno Jerzy Mniszcha, jak i Maryna.

Maryna z nowym Dymitrem Samozwańcem wzię-
ła ślub kościelny i w styczniu 1611 r. urodziła syna Iwa-
na Dymitrowicza. Drugi Dymitr Samozwaniec marzył
również o zdobyciu Moskwy, nigdy jednak do niej nie
dotarł (mimo zgromadzenia wojska), ponieważ został
zamordowany przez swojego sługę podczas polowania
w grudniu 1610 r.

Tymczasem, w czasie tych tzw. Dymitriad w dniu
28 sierpnia 1610 r. na Kreml wkroczył hetman Stani-
sław Żółkiewski obalając cara Wasyla Szujskiego, któ-
rego odesłał do Polski. Wasyl Szujski złożył hołd kró-
lowi Zygmuntowi III Wazie, którego zdobycie Moskwy
bardzo uradowało, ponieważ planował osadzenie na tro-
nie moskiewskim swojego najstarszego syna królewicza
Władysława (późniejszego króla Władysława IV Wa-
zy). Dowództwo nad Kremlem objął Litwin Aleksan-
der Gosiewski.

Jednak brutalne 2-letnie rządy Polaków w Moskwie
spowodowały wybuch wielkiego powstania narodowego
przeciwko Polakom, na czele którego stanęli mieszcza-
nin Kuźma Minin i książę Dymitr Pożarski, których pomnik
do dzisiaj stoi na Placu Czerwonym w Moskwie.

Polacy poddali się ostatecznie w dniu 7 listopada 1612
r., nie dotrzymano jednak warunków kapitulacji. Polską



Portret Maryny Mniszchówny – pierwszej carycy Rosji.

załogę Kremla wymordowano, Aleksandrowi Gosiew-
skiemu udało się zbiec.

Na tron carski powołano 17-letniego Michała I syna
Todora Romanowa, który zapoczątkował nową dynastię
carów rosyjskich – Romanowów.

Dwukrotnie owdowiała Maryna Mniszchówna wy-
szła ponownie za mąż za atamana kozackiego Iwana Za-
ruckiego (był zwykłym chłopem). Jego rządy nad Ko-
zakami nie podobały się Moskwie. W końcu pojmany,
został nabity na pal, nieletni synek Maryny – Iwan po-
wieszony, zaś sama Maryna Mniszchówna została uwię-
ziona w twierdzy w Kołomnie, gdzie zmarła prawdopo-
dobnie skrytobójczo zamordowana.

Tak więc Dymitr Samozwaniec I rządził na Krem-
lu 11 miesięcy (czerwiec 1605 – maj 1606 r.), natomiast
wojska polskie hetmana Stanisława Żółkiewskiego, pod
wodzą Aleksandra Gosiewskiego ponad 2 lata (sierpień
1610 – 7 listopad 1612 r.).

W roku 2005 Prezydent Rosji Dymitr Miedwiediew
zniósł rocznicę wybuchu Rewolucji Październikowej ob-
chodzonej tradycyjnie w dniu 7 listopada, wyznaczając
na ten dzień Święto Jedności Narodowej Rosji na pa-
miątkę wygnania Polaków z Moskwy. W przyszłym ro-
ku przypadnie równa 400 rocznica tego powstania naro-
dowego pod przywództwem Kuźmy Minina i Dymitra
Pożarskiego.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Profesor PMWSZ w Opolu*

XXI Bal lekarza delegatury kluczborskiej OIL

Tym razem gościliśmy w pięknych salach odrestaurowanego hotelu „Adler” w Byczynie (dawno temu „Zum Goldenen Adler”). Fetowaliśmy ostatnią sobotę karnawału w gronie 61 osób. Atrakcją wieczoru był występ tenora Wojciecha Poprawy i jego przyjaciół, muzyków i wokalistów znanego śląskiego zespołu pieśni i tańca. Arie operetkowe i pieśni neapolitańskie świetnie brzmiały w stylowych wnętrzach. A później zespół rockowy, dobra kuchnia i zabawa prawie do świtu – jak na bal przystało.

*Róża BRUZI-BUŻOWICZ
Mirosław MISIAK*



Wojna lekarzy z pacjentami

Medycyna dotyczy życia i śmierci. Dlatego jest i zawsze będzie polem napięć, konfliktów, a nawet walki. Czym trudniejszy jest dostęp do leczenia, czym jest ono droższe, tym bardziej drastyczny jest ów element agoniczny, konfliktowy. Pacjenci ubiegający się o deficytowe leczenie rywalizują z innymi pacjentami – zwykle anonimowo, ale czasem, niestety, również personalnie. Rzecznikami rywalizujących pacjentów są ich lekarze, którzy siłą rzeczy stają się stroną w konflikcie. Byłoby dobrze, gdyby dostęp do świadczeń zdrowotnych mógł być ustalany wyłącznie na podstawie kryteriów medycznych. Tak jednak nie jest – żaden system (jeśli w ogóle w danym kraju jest jakiś system) alokacji środków na świadczenia medyczne nie ogranicza się do kryteriów wyłącznie naukowych, zresztą same kryteria medyczne zawierają pewne elementy ocenne, wartościujące. Istnieją kultury medyczne, w których preferuje się ratowanie życia, a więc pacjentów najciężiej chorych; są inne, w których priorytetem są efekty epidemiologiczne, a więc zdrowie publiczne, mierzone w osobolatach przywróconego zdrowia i osobolatach przeżycia w warunkach względnie dobrej jakości życia. Administratorzy służby zdrowia, a na poziomie placówek medycznych także sami lekarze, muszą znaleźć jakiś *modus vivendi*, jakieś miejsce na skali pomiędzy ekstremami, wyrażającymi odmienne koncepcje celów służby zdrowia.

Obok konfliktu priorytetów: efektu społecznego v. interesu konkretnego pacjenta, zwłaszcza znajdującego się w stanie zagrożenia życia, źródłem wielu dylematów jest konflikt, jaki występuje pomiędzy nie zawsze zgodnymi ze sobą celami terapii: przedłużaniem życia i podnoszeniem jego jakości. Niestety, w niektórych przypadkach trzeba dokonywać rozstrzygnięć w tego rodzaju bardzo drażliwych kwestiach, i to nieraz z ograniczonym udziałem pacjenta, gdy ten nie jest w pełni kompetentny z powodu swego stanu zdrowia. Czasem nie warto walczyć o kolejny miesiąc życia umierającego pacjenta, gdyż jakość jego życia będzie niewarta wysiłku i kosztów. Każdy to wie, ale niewielu umie o tym mówić. Nie brakuje nawet takich, którzy uważają, że stawianie tej bolesnej sprawy samo w sobie jest niemoralne. Niemoralne jest tymczasem udawanie, że takiego dylematu nie ma lub że rozplynie się, rozwiąże w potoku technicznego dyskursu naukowo-medycznego. Ten codzienny dylemat lekarza ma szerokie tło. Wydaje się z pozoru bardzo intymny, jako sprawa pomiędzy lekarzem i jego pacjentem, lecz tak naprawdę jego stroną są również inni pacjenci i le-

karze, oczekujący bardziej efektywnego wydatkowania środków, ratowania kogoś innego.

Rywalizacja pacjentów prowadzi do rywalizacji lekarzy, a pośrednio do konfliktu pacjentów z lekarzami występującymi w dobrej wierze, jako stronnicy innych pacjentów – potrzebujących tych samych drogich i deficytowych procedur albo podpadających pod inne działy medycyny, być może mniej efektywne, nieobecne na listach priorytetów polityków zarządzających zdrowiem publicznym. System ochrony zdrowia, który stawia lekarzy w dwuznacznej i upokarzającej sytuacji, gdy chcą pomagać w każdy dostępny sposób swoim pacjentom, jest wadliwy i moralnie korumpujący. Zasady regulowania dostępu do świadczeń medycznych, do hospitalizacji, do drogich i deficytowych świadczeń i leków powinny być przejrzyste i sprawiedliwe, a osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji selekcyjnych (triage'u) powinny działać w ramach odrębnych plenipotencji i w warunkach względnej niezależności od personelu leczącego i administracji szpitala. Łączenie przez te same osoby funkcji terapeutycznych, selekcyjnych i administracyjnych prowadzi do konfliktów sumienia, którym bardzo trudno poddać, nie mówiąc już o braku zaufania ze strony pacjentów, którzy gotowi są traktować nieprzejrzysty system jako obszar prywaty i nieformalnych, protekcyjnych stosunków, a nawet korupcji.

To tylko jeden z przykładów, lecz konfliktów w medycynie jest wiele. Niektóre są bardziej widoczne, inne mniej. Napięcia powstają na wszystkich płaszczyznach: między lekarzami, między pacjentami, między lekarzami i rodzinami pacjentów, między pacjentami i ich rodzinami, między urzędnikami i pacjentami oraz lekarzami. Konflikty te są często nie do uniknięcia, lecz nie zawsze są destrukcyjne. Mogą być zdrowe i konstruktywne, jeśli umiemy je sprawiedliwie rozwiązywać. A gdy sprawiedliwe rozwiązania są niemożliwe, zwykle któreś z niedoskonałych rozwiązań jest lepsze i sprawiedliwsze od pozostałych.

W pewnym sensie cała bioetyka zajmuje się konfliktami. Gdziekolwiek bowiem pojawia się kwestia sprawiedliwości, tam jednocześnie w tle znajduje się faktyczny, bądź możliwy, jawny, bądź ukryty konflikt. Bioetyka zaś dotyczy sprawiedliwości przede wszystkim. W tym miejscu interesująca jest wszelako tylko jedna z postaci, czy jedna z płaszczyzn konfliktu w medycynie, a mianowicie konflikt świata pacjentów ze światem lekarzy, czy – szerzej – personelu medycznego; konflikt, a więc

i sprawiedliwość w ich wzajemnych relacjach. Stawiam sobie bardzo skromne zadanie zidentyfikowania pól zachodzących konfliktów, odnosząc się zwłaszcza do sytuacji w Polsce.

1. Konflikt interesów grupowych: zarobki lekarzy podnoszone są kosztem wydatków na świadczenia

Przez długi czas, w okresie transformacji, lekarze byli pokrzywdzeni ekonomicznie, a w konsekwencji ich status społeczny, tak bardzo przecież zależny od zarobków, w pewnym stopniu się obniżył. Pauperyzacji lekarzy wtórował rozwój łapówkarstwa, wyolbrzymionego w dodatku przez plotkę. W rezultacie lekarze, pomimo tradycyjnego już w naszym społeczeństwie poważania, cierpieli i nadal poniekąd cierpią z powodu złej opinii, najczęściej niezasłużonej. Radykalne podniesienie zarobków lekarzy, w następstwie protestów w połowie pierwszej dekady wieku, przerwało pauperyzację tego zawodu. Nie usunęło jednak całkowicie wielu negatywnych zjawisk, które rozwinęły się z powodu niskich dochodów lekarzy, nie spowodowało zaprzestania pracy na kilku etatach, a i łapówkarstwo nadal nie jest czymś rzadkim. Wyższe niż dawniej zarobki lekarzy są postrzegane przez społeczeństwo jako uzasadnione. Niemniej jednak niezwykle silne akcentowanie przez polityków minionych dwóch dekad zasad egalitaryzmu sprawiło, że przeciętny Polak oczekuje, że zarobki pracownicze będą dość wyrównane, oscylujące wokół średniej krajowej. Może on przeto łatwo pogodzić się z tym, że lekarz zarabia o połowę więcej niż jego przeciętny pacjent, ale już dwu- czy trzykrotnie wyższ, niż średnia krajowa, dochody wielu lekarzy budzą w nim sprzeciw. Pacjenci nie dowierzają, że lekarze wykonują wszystkie wzięte na siebie na podstawie umów o pracę i zleceń obowiązki. Mają im za złe, że będąc opłacanymi z budżetu ochrony zdrowia i domagając się wysokich wynagrodzeń, uszczuplają tym samym środki na pozostałe wydatki związane z procesem leczenia. Nie można całkowicie odmówić podstaw takim nastrojom i opiniom. Czy aspiracje materialne lekarzy są adekwatne do ich wykształcenia, odpowiedzialności i trudu pracy? Są to z pewnością większe aspiracje niż przeważającej liczby osób mających wyższe wykształcenie. Jednak zawód lekarza oraz związane z nim obowiązki i odpowiedzialność są szczególne. Trudno tu o miary i kryteria. Status materialny lekarzy jest pochodną ich statusu społecznego, lecz jednocześnie ich status społeczny sam poniekąd kształtowany jest przez poziom ich zarobków. Jest to typowa dynamika sprzężenia. Zabieganie przez lekarzy o wyższe pensje w kontrze do rosnących potrzeb związanych z infrastrukturą, sprzętem i lekami, to konfliktowy społeczny proces. Oby tylko toczył się z jak najmniejszym uszczerbkiem dla wzajemnego zaufania lekarzy i pacjentów.

2. Konflikt personalny pacjenta z jego lekarzem na tle braku zaufania

Zaufanie jest w ochronie zdrowia dobrem moralnym o pierwszorzędym znaczeniu. Niestety jest ono nieustannie wystawiane na próbę. Pacjent korzystający z usług lekarza prywatnego lub wykonującego te usługi w ramach kontraktu o świadczenia z funduszem rządowym zastanawia się, w jakiej mierze jest traktowany przez lekarza jako źródło dochodu, ewentualnie klient, a w jakiej mierze jako chory potrzebujący pomocy. Zadaje sobie pytania: „Czy lekarz nie wyludza ode mnie lub od funduszu pieniędzy, nie kieruje mnie na niepotrzebne badania? Czy nie ukrywa swych niedostatecznych kompetencji, abym nie poszukiwał pomocy gdzie indziej?” Są to niepokoje w przeważającej mierze bezzasadne, niemniej jednak role lekarza i mikroprzedsiębiorcy, sprzedającego swoje usługi, lub usługi swojej placówki, bywają trudne do pogodzenia. Lekarz sam może tracić momentami rozeznanie, co jest w najlepszym interesie pacjenta, a co w jego własnym, lekarza, placówki. Niestety, często nie jest to ten sam interes. Z drugiej strony lekarze również miewają uzasadnione pretensje do pacjentów, a brak możliwości ich wyrażenia może mocno ich frustrować. Przede wszystkim pacjenci często nie stosują się do zaleceń swych lekarzy, niedowierzają im i poszukują drugiej, trzeciej konsultacji, do czego zresztą mają pełne prawo. Wszelako korzystanie ze swych praw niekoniecznie sprzyja dobrym i ufnym relacjom między ludźmi. Lekarze czasami nie lubią się ze swoimi pacjentami, mając po temu – po obu stronach – istotne powody, które trudno usunąć. Lekarze mogą być pazerni, niedbali, aroganccy. Pacjenci zaś mogą być niezdyscyplinowani, nie dość pojętni, nie dość lojalni (przynajmniej nieadekwatnie do oczekiwań ich lekarza), nie dość czysti; bywają irytujący. Wzajemny brak zaufania lekarzy i pacjentów bardzo utrudnia utrzymanie dyscypliny procesu terapeutycznego, i to po obu stronach.

3. Selekcja pacjentów i walka o miejsce w szpitalu

Wprowadzane obecnie model organizacyjny szpitala oraz schemat finansowania jego działalności ze środków publicznych sprawiają, że niektórzy pacjenci są przez szpitale mile widziani, gdyż rokują realizację satysfakcjonujących dla szpitala zapisów kontraktowych z funduszem rządowym, inni zaś są przez szpital niechciani, gdyż ich leczenie może przynieść szpitalowi straty lub utrudnić dostęp do leczenia bardziej potrzebującym. Decyzje o przyjęciu bądź nieprzyjęciu pacjenta na oddział szpitalny są narażone na wpływ czynników dalece odbiegających od względów medycznych oraz etycznych, czyli związanych ze sprawiedliwym traktowaniem pacjentów, a w szczególności ze sprawiedliwą kolejnością pacjentów w dostępie do świadczeń. Zbyt dużą rolę odgrywa tu element ekonomiczny, bardzo często nie-

mał przypadkowy, bo związany z konkretną wyceną świadczeń i konkretnym zapisem kontraktu z funduszem, przybierającym taki, a nie inny kształt, na skutek wielu czynników, niekoniecznie związanych z racjonalnością medyczną i względami etycznymi.

Co więcej, decyzje o przyjęciu do szpitala podejmowane są najczęściej przez pojedynczego lekarza na izbie przyjęć, która zmienia się stopniowo w bramkę, czemu odpowiada złowrogi szyld „Selekcja pacjentów”. Widząc to, pacjent myśli na przykład: *„Nie chcą przyjmować zdrowych ludzi, szukających schronienia, na zimę, ani nie chcą, żeby ktoś im tutaj umarł”*. Instynktownie ustawia się w pozycji przeciwnika personelu izby przyjęć, przeciwnika w grze, w której stawką jest przyjęcie do szpitala. W domniemaniu pacjenta lekarz uczyni wszystko, żeby zanegować jego racje, wobec czego pacjent poczuwa się do tego, by wyolbrzymić swoje dolegliwości. Oczywiście pacjent wie, że lekarz spodziewa się po nim takiego właśnie zachowania, więc tym bardziej stara się być konsekwentny i przekonujący. Nie trzeba tłumaczyć, że tego rodzaju gra w ciuciubabkę jest szalenie destrukcyjna dla zaufania między lekarzami i pacjentami, stawiając obie strony w pozycji bardzo odległej od właściwych im ról. Oczywiście, jest bardzo ważne, aby do szpitala dostawały się osoby, które tego naprawdę potrzebują, i jest czymś wysoce niepożądanym, aby pacjenci niepotrzebujący hospitalizacji blokowali miejsca potrzebującym. Niemniej jednak proces triage’u musi być zorganizowany w taki sposób, aby pacjenci mieli pewność, że traktowani są jednakowo, z zastosowaniem takich samych procedur, nie zaś są zdani na subiektywną opinię lekarza mającego akurat dyżur na izbie przyjęć. W rzeczy samej, w obecnie funkcjonującym modelu bardzo wiele zależy od tego, kto dyżuruje i jaki jest aktualny interes szpitala. Tak być nie powinno – decyzje triage’owe powinny być w jak największym stopniu uregulowane przez standard i procedurę oraz w jak największym stopniu podyktowane względami medycznymi. W przeciwnym razie niszczy się zaufanie między lekarzami i pacjentami, otwierając szeroko drzwi przypadkowi i niesprawiedliwości. Te krytyczne uwagi nie mają bynajmniej na celu sugerowanie, że dostęp do opieki szpitalnej należy uczynić jak najłatwiejszym. Często izba przyjęć pełni funkcję szpitala jednodniowego dla łżej chorych pacjentów lub ambulatorium – w wielu przypadkach jest to racjonalne i wystarczające. System ochrony zdrowia musi jednak umieć jasno stawiać kwestię celów, które realizować mają określone placówki czy typy placówek. Nie może być tak, że każdy decydent, na przykład lekarz dyżurujący na izbie przyjęć, ma swoją własną filozofię – jeden uważa, że szpital służy wyłącznie ratowaniu życia, a drugi gotów jest uzależniać udzielanie świadczeń od szerszego kontekstu sytuacji osobistej pacjenta.

Izba przyjęć nie jest jedynym terenem walki o dostęp do świadczeń szpitalnych. Pacjenci nie mają niestety wyrównanych szans, również gdy chodzi o uzyskanie skierowania do szpitala oraz czas oczekiwania na przyjęcie na zabieg planowy. Trzeba przyznać, że postępowanie całkowicie uczciwe ze strony pacjenta i jego lekarza z reguły stawia pacjenta w gorszej sytuacji w porównaniu z osobami, które mają się nieuczciwych sposobów, aby przyspieszyć otrzymanie świadczenia.

4. Medycyna defensywna

Obniżenie zaufania w sferze ochrony zdrowia sprzyja zachowaniom pełnym nieufności, oportunistycznym, defensywnym. Utrwalanie się nawyków takich zachowań wśród lekarzy nosi nazwę medycyny defensywnej. U jej podłoża leżą obawy lekarzy przed przykrościami i odpowiedzialnością związaną z prowadzeniem trudnych przypadków oraz strach przed komplikacjami prawnymi, na które mogą narazić ich pacjenci korzystający z porad adwokatów, w związku z faktycznymi, bądź tylko rzekomymi błędami i nieprawidłowościami w postępowaniu leczniczym. Prowadzi to do masowego – choć jeszcze nie w Polsce – prywatnego ubezpieczania się lekarzy od szeroko rozumianej odpowiedzialności cywilnej i zawodowej w ich wymiarach finansowych, do oportunistycznego unikania trudniejszych przypadków i sztucznego przekazywania ich do innych placówek i lekarzy, zlecenia nazbyt szerokiego spektrum badań, aby uniknąć zarzutów, iż nie zrobiło się wszystkiego, co można. Tego rodzaju zachowania, wypływające z konformizmu i oportunizmu, ale także z poczucia, że lekarze i pacjenci stoją po przeciwnych stronach jakiejś moralnej i instytucjonalnej barykady, pogłębiają kryzys zaufania, a to z kolei prowadzi do jeszcze większej nieufności i jeszcze większego asekuranctwa i koło się zamyka. Pacjenci i lekarze stają się wzajemnie wobec siebie podejrzliwi, a wręcz niechętni. Pacjent ma poczucie, że zabiera lekarzowi czas, a lekarza irytuje nieufność i bojaźliwość pacjenta, na które odpowiada zniecierpliwieniem albo machinalnym przyjmowaniem postawy paternalistycznej, której pacjent poprzez swoją nieufność i bojaźliwość zdaje się po lekarzu oczekiwać.

Środowisko lekarskie ma dziś silne poczucie niesprawiedliwego traktowania przez opinię publiczną. Dominuje pogląd, że wszelkiego rodzaju nadużycia są nieliczne, a zachowania naganne są nagłaśniane ze złej woli, niezasłużenie psując opinię dobrym i uczciwym lekarzom. Tymczasem to właśnie owe naganne zachowania oraz ich akceptowanie lub tolerowanie przez środowisko lekarskie decyduje o upowszechnianiu się złej opinii. Nie można jej poprawić, powtarzając nieustannie, że nadużycia są incydentalne. Można ją zmienić, przyjmując wobec nich zdecydowaną postawę. Tymczasem nastroje są zupełnie inne. Środowisko medyczne uważa, że jego dobre imię zależy od korporacyjnej solidarności

i unikania upubliczniania sporów oraz nadużyć. Jest to typowa, lecz niezdrowa postawa samoobrony korporacyjnej, której następstwa są odwrotne do zamierzonych. Postawa ta znajduje niestety odzwierciedlenie w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który w kilku miejscach uwypukla kwestię utrzymania autorytetu zawodu, rozumiejąc przez to szczególną powściągliwość w krytyce lekarza przez lekarza – dokładnie wbrew etosowi oraz wymogom racjonalności oraz uczciwości. Należy tymczasem przyjąć postawę zupełnie inną, jak to już dzieje się na Zachodzie. Akcent musi być położony nie na występek, jakim jest pomówienie lekarza przez lekarza (co się zdarza, choć nie stanowi istotnej patologii), lecz na łapówkarstwo, ukrywanie i bagatelizowanie błędów w sztuce jako zło, które należy zwalczać, a także na potrzebę ochrony whistleblowerów, czyli osób zgłaszających nadużycia. Obecnie panujące stosunki oraz Kodeks Etyki Lekarskiej w żaden sposób nie zachęcają do piętnowania nadużyć, nie mówiąc już o ochronie tych, którzy chcieliby je zwalczać.

Konflikty w służbie zdrowia, w tym wskazane konflikty między pacjentami i lekarzami, sprzyjają rozprężeniu instytucjonalnemu i obniżeniu jakości ochrony zdrowia, a zwłaszcza nieetycznym, niesprawiedliwym praktykom, podważającym równość pacjentów, a w wielu wypadkach także godność, zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Pokój między pacjentami i lekarzami nastanie, gdy procedury staną się przejrzyste i sprawiedliwe, a przede wszystkim wtedy, gdy upowszechni się w naszym kraju nowoczesna kultura bioetyczna. Obecnie znajdujemy się w ryzykownym okresie przejściowym, kiedy stary etos lekarski i oparta na nim kultura moralna odchodzą w przeszłość, a nowa etyczność w dziedzinie ochrony zdrowia, dostosowana do aktualnych warunków społecznych, prawnych i politycznych oraz do aktualnego stanu technologii medycznej, jeszcze nie jest ugruntowana.

Jan HARTMAN

(przedruk z publikacji „Etyczne aspekty decyzji medycznych”
pod red. J. Hartmana i M. Waligóry, wyd. LEX a Wolters Kluwer business,
Warszawa 2011, str. 23-28)

Lekarze w badaniach opinii społecznej w 2011 roku

W 2011 r. odbyły się dwa badania o międzynarodowym zasięgu, dotyczące szeroko pojętej problematyki ochrony zdrowia w wybranych krajach, w tym w Polsce: *Global Health Survey* i *Europe Assistance Health Barometer*. Badani biorący udział w wymienionych sondażach zostali poproszeni między innymi o wyrażenie swojej opinii na temat systemu ochrony zdrowia. *Global Health Survey 2011* to badanie przeprowadzone w 28 krajach z całego świata przez instytuty badawcze zrzeszone w sieci Iris (*International Research Institutions*). Przebadana populacja to łącznie ponad 22 tys. osób dorosłych, badanie odbyło się w sierpniu-październiku 2011 roku. Zastosowane w nich zostały następujące metody badawcze: ankiety on-line, CATI (tj. wywiady telefoniczne, w których część kwestionariusza została zautomatyzowana dzięki użyciu komputera) oraz wywiady bezpośrednie. Obok Polski, badane były również: Irlandia, Węgry, Słowenia, Wielka Brytania, Finlandia, Holandia, Litwa, Grecja, Francja, Rumunia, Niemcy, Turcja, Rosja, Włochy, Ukraina, USA, Chile, Kanada, Kolumbia, Tajlandia, Indonezja, Pakistan, Malezja, Chiny, Indie, Egipt, Australia.

W Polsce badanie zrealizował ośrodek badawczy ARC Rynek i Opinia na grupie 812 respondentów, przeprowadzając wywiady za pomocą ankiet on-line. Zgodnie z wynikami badania, poziom zadowolenia Polaków z systemu opieki zdrowotnej wyniósł w 2011 r. 12%, co oznacza, że w momencie przeprowadzenia badania tylko 12% respondentów było z niego zadowolonych. Da-

je to Polsce trzeci najniższy wynik spośród 16. przebadanych krajów europejskich (mniej zadowolonych z opieki zdrowotnej jest tylko na Ukrainie – 9% respondentów i w Rumunii – 6%) i piąty najniższy wynik (ex aequo z Grecją) spośród 28. przebadanych krajów z całego świata. Najwięcej zadowolonych z opieki zdrowotnej obywateli było w Turcji (69%), Finlandii (56%), Wlk. Brytanii i Holandii (po 42%) oraz na Litwie (39%). Należy zaznaczyć, że obecny poziom zadowolenia ze „służby zdrowia” w Polsce jest wyższy, niż ten zanotowany w 2004 roku (7%), kiedy badanie *Global Health Survey* zostało zrealizowane po raz pierwszy. Mimo to, aż 76% Polaków jest zadowolonych z usług lekarzy rodzinnych.

Drugie z międzynarodowych badań – *Health Barometer*, po raz pierwszy przeprowadzone w 2006 roku, w którym Polska bierze udział po raz trzeci (począwszy od 2009 r.) – objęło grupę łącznie 5,5 tys. osób z Niemiec, Francji, Włoch, Wlk. Brytanii, Szwecji, Polski, Stanów Zjednoczonych, Austrii, Hiszpanii i Czech, z którymi od maja do czerwca 2011 roku przeprowadzono wywiady telefoniczne. Wyniki badania pozwalają stwierdzić, że polska opieka medyczna wypadła zdecydowanie najgorzej w porównaniu z opieką medyczną innych przebadanych krajów – aż 35% badanych oceniło ją jako złą, 47%



jako przeciętną, 16% jako dobrą, a zaledwie 1% jako bardzo dobrą. Polska jest jedynym krajem, w którym żadna z przebadanych osób nie oceniła stanu polskiej opieki medycznej jako „doskonałego”. Co równie niepokojące, aż 76% badanych w Polsce (co znowu stawia Polskę na ostatnim miejscu wśród przebadanych państw) wskazało, że ich zdaniem w naszym kraju nie ma równego dostępu do usług medycznych. W badaniu *Europe Assistance* zdecydowanie najlepiej swój system opieki medycznej ocenili Austriacy (6,2 pkt. w skali od 1 do 10), Brytyjczycy (5,6 pkt.) i Hiszpanie (5,4 pkt.).

Zupełnie innych informacji dotyczących polskich lekarzy w 2011 r. – ich cech społeczno-demograficznych i oceny samopoczucia – dostarcza „**Diagnoza Społeczna 2011, warunki i jakość życia Polaków**” – wspólne przedsięwzięcie naukowe członków Rady Monitoringu Społecznego. **Diagnoza Społeczna** to badanie, w którego kolejnych rundach uczestniczą wszystkie dostępne gospodarstwa domowe z rund poprzednich oraz gospodarstwa z nowej reprezentatywnej próby (dotychczas odbyło się sześć rund badania w: 2000, 2003, 2005, 2007, 2009 i 2011 r.). W 2011 r. przebadano ponad 12 tys. wylosowanych gospodarstw domowych. Wyniki badania pokazują, że lekarze, wraz z nauczycielami szkół wyższych, to grupy zawodowe najbardziej zadowolone ze swoich osiągnięć (po 65% bardzo zadowolonych i zadowolonych); są oni także jedną z grup zawodowych (obok nauczycieli szkół ponadpodstawowych i nauczycieli akademickich) najbardziej zadowolonych z pracy – ponad dwie trzecie bardzo zadowolonych i zadowolonych. Lekarze to grupa zawodowa w wysokim stopniu sfeminizowana (72% przebadanych to kobiety), o stosunkowo wysokim poziomie udziału osób wolnych (singli) – jedna trzecia osób. Spośród wszystkich grup zawodowych polscy lekarze posiadają najmniej przyjaciół (średnio poniżej 6.). Według wyników **Diagnozy Społecznej 2011**, lekarze, obok nauczycieli szkół wyższych, nauczycieli i twórców, należą do najmniejszych materialistów. Obok nauczycieli szkół wyższych, inżynierów i średniej kadry kierowniczej, polskich lekarzy najrzadziej naczodzą myśli samobójcze (poniżej 5%), należą oni również do największych optymistów (ponad jedna trzecia badanych lekarzy). Wyniki **Diagnozy Społecznej** wskazują też na najbardziej cenione przez lekarzy cechy ich pracy zawodowej. Lekarze-respondenci poproszeni o wymienienie trzech, odpowiadali najczęściej, że najbardziej cenią sobie: płacę (60% badanych), stabilność zatrudnienia (52%), pracę zgodną z umiejętnościami (47%), brak stresów (47%), możliwości rozwoju (39%) samodzielność (35%), dogodne godziny pracy (7%) i awanse (4%).

W roku 2011 przeprowadzono niewiele badań socjologicznych – sondaży społecznych dotyczących lekarzy i lekarzy dentystów. Badań poświęconych takiej tematyce nie przeprowadził w tym roku żaden z dużych ogólnopolskich ośrodków badawczych, takich jak CBOS,

OBOP czy Pentor – w ich archiwach można odnaleźć jedynie raporty z badań o tej tematyce z lat wcześniejszych. Natomiast te, które zostały przedstawione powyżej, dotyczą ochrony zdrowia, a nie samych lekarzy. Ich wyniki ujawniają zaskakująco wręcz negatywne oceny polskiej „służby zdrowia”. Niestety, bez danych pochodzących z bardziej szczegółowych badań trudno wnioskować o przyczynach takiego stanu rzeczy. Można jednak zaryzykować tezę, że tak negatywne oceny są spowodowane przede wszystkim postrzeganiem polskiego systemu opieki zdrowotnej jako słabo zarządzanego (zgodnie z wynikami *Global Health Survey*, aż 79% respondentów wskazało złe zarządzanie jako główny problem służby zdrowia w Polsce), niezadowolenie z długiego czasu oczekiwania na leczenie i braku perspektyw na jego skrócenie (zgodnie z wynikami badania *Health Barometer*, aż 88% badanych obawia się dalszego wydłużania się czasu oczekiwania) oraz poczuciem, że polski system opieki zdrowotnej nie daje pacjentom równego dostępu do usług medycznych (jak ocenia 76% respondentów badania *Health Barometer*).

Trudno wyrokować, czy przyczyna takich ocen ma charakter bardziej systemowy (a więc, czy problem tkwi w organizacji ochrony zdrowia), czy też istotną rolę odegrało tu środowisko lekarskie i jego postrzeganie przez polskie społeczeństwo. Pewną wskazówką w tym względzie mogą być cytowane wyniki badania *Global Health Survey* dotyczące oceny lekarzy rodzinnych, zgodnie z którymi aż 76% Polaków jest zadowolona z ich usług, a także regularne, wysokie oceny prestiżu zawodu lekarza w cyklicznych badaniach prestiżu zawodów realizowanych przez CBOS, gdzie zgodnie z najnowszymi wynikami z 2009 r. zawód lekarza zajął wysokie, 5. miejsce. Trzeba jednak zauważyć, że wyżej, bo na 4. miejscu uplasował się zawód pielęgniarki/pielęgniarki. Oznaczałoby to, że Polacy są niezadowoleni raczej z systemu ochrony zdrowia, niż z samych lekarzy, chociaż – przy tak fragmentarycznych danych – wniosek ten należy traktować jako ostrożne przypuszczenie.

Warto zauważyć, że pacjenci podejmują próby polepszenia swojej sytuacji w ramach polskiego lecznictwa nie poprzez działania skierowane na system opieki zdrowotnej, lecz na samych lekarzy (co oznacza, że wysoko oceniają ich autonomię w ramach systemu służby zdrowia) – zgodnie z wynikami **Diagnozy Społecznej 2011**, „łapówki” dla lekarzy mające zapewnić pacjentom lepszą opiekę wynosiły w 2011 r. średnio 311 zł, natomiast prezent wręczany lekarzowi w dowód wdzięczności za uzyskaną opiekę kosztował przeciętnego Polaka średnio 142 zł.

Opisane badania pozwalają niestety tylko pośrednio wnioskować o poglądach Polaków na temat lekarzy i lekarzy dentystów. Zróżnicowanie organizacyjne systemu ochrony zdrowia w Polsce na ogół nie znajduje odbicia w przeprowadzanych badaniach, w których używa

się takich terminów, jak np. „służba zdrowia”, „opieka medyczna”, czy „system opieki zdrowotnej” niemających w Polsce określonego znaczenia. Mogą one jedynie sugerować, że chodzi tu o „świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych”, które także realizowane są przez bardzo zróżnicowane jednostki organizacyjne. Sytuację komplikują dodatkowo media, które w informacjach o wynikach przeprowadzonych badań, nie zachowują ich oryginalnej terminologii. Z pewnością taki stan rzeczy nie pozostaje bez wpływu na opinię publiczną i sposób, w jaki Polacy rozumieją różne terminy związane z szeroko pojętą ochroną zdrowia. Brakuje analiz poświęconych głównie tematyce lekarzy i innych fachowych pracowników ochrony zdrowia, umożliwiających uzyskanie danych nie tylko o charakterze ogólnym, ale także bardziej szczegółowym. Pozwoliłoby to nie tylko na poznanie opinii Polaków na temat środowiska medycznego, ale także na postawienie uza-

sadnionych hipotez dotyczących czynników wpływających na tę opinię.

Brakuje także badań środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów na temat ich problemów zawodowych. Opisane wyżej badanie dotyczyło cech wspólnych wszystkim zawodom i ludziom i wskazuje na zdecydowanie pozytywną samoocenę środowiska lekarzy. **Diagnoza Społeczna 2011** jest bowiem badaniem o charakterze ogólnym, a lekarze są w nim ujęci jako jedna z wielu grup zawodowych. W związku z tym nie daje informacji o specyficznych dla zawodu lekarza i lekarza dentyisty problemach i oczekiwaniach.

Oprac. Łukasz GORYSZEWSKI, 2012-01-31
Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji
Naczelnej Izby Lekarskiej
ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel.: +48 22 559 13 44, fax. +48 22 559 13 13
www.osai.nil.org.pl, osai@hipokrates.org

Dokąd zmierza współczesna medycyna uzdrowiskowa?

Z prof. dr hab. n. med. Ireną Ponikowską, Krajowym Konsultantem w dziedzinie Balneologii i Medycyny Fizycznej, Prezesem Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizycznej, Kierownikiem Katedry Zakładu Balneologii i Medycyny Fizycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Kierownikiem Uzdrowiskowego Szpitala Klinicznego w Ciechocinku, rozmawia Iwona Duraj.

Podczas ostatniego Zjazdu Balneologicznego w Naleczowie poruszano wiele tematów dotyczących leczenia uzdrowiskowego. Czy możemy sobie odpowiedzieć na pytanie, dokąd zmierza i na co stawia współczesna medycyna uzdrowiskowa?

Współczesna medycyna uzdrowiskowa ma swoje miejsce wśród innych dyscyplin medycznych i odgrywa istotną rolę w leczeniu, zwłaszcza chorób przewlekłych. Zastosowanie własnych, swoistych metod, pozwala na intensyfikację wyników leczenia chorych, usprawnienie fizyczne i psychiczne, poprawę jakości życia. Poza tym leczenie uzdrowiskowe pełni funkcje edukacyjne, promujące zdrowie i profilaktyczne. Myślę, że taka medycyna jest bardzo potrzebna, z uwagi na stale narastającą liczbę chorych z przewlekłymi chorobami i wyżem demograficznym ludzi starych. Jest to główny nurt rozwoju leczenia uzdrowiskowego w Polsce i w niektórych innych krajach. Obok tego w uzdrowiskach rozwija się, i to dynamicznie, działalność wypoczynkowo-rekreacyjna, w której są stosowane pewne elementy leczenia uzdrowiskowego, ale nie jest to funkcja lecznicza.

Wiemy już niewątpliwie, że spektakularne osiągnięcia medycyny klinicznej nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów zdrowotnych. Czy w takim razie leczenie uzdrowiskowe, tradycyjna balneoterapia może stać się częścią addytywną do leczenia klinicznego?

Współczesna medycyna rozwinięta technicznie i farmakologicznie nie rozwiązuje problemu zdrowotnego, zwłaszcza ludzi z przewlekłymi chorobami. Chorzy ci wymagają holistycznej opieki medycznej, uwzględniającej nie tylko dolegliwości fizyczne, ale również psychiczną. Człowiek jest jednością, choroby fizyczne obciążają również psychikę, nie można jej pomijać. Medycyna uzdrowiskowa jest chyba najmniej odhumanizowaną dziedziną. Inny problem w obecnej medycynie to leki, które działają intensywnie, są skuteczne, ale wywołują wiele poważnych skutków ubocznych. W trakcie leczenia uzdrowiskowego udaje się zwykle zmniejszyć dawki wielu leków, a niektóre z nich, jak przeciwbólowe czy nasenne, można odstawić. Jest to wielki zysk, zarówno natury medycznej, jak i ekonomicznej.

Leczenie uzdrowiskowe to działanie długodystansowe, wymagające czasu. By mogło przynieść oczekiwane skutki, poprawę zdrowia, musi trwać co najmniej 21 dni. Nie każdy w dzisiejszych czasach, nasyconych dużym tempem życia, może sobie pozwolić na tak długą formę leczenia. Czy sanatoria mają do zaproponowania również inne formy leczenia – również skuteczne – gwarantujące poprawę zdrowia w nieco krótszym czasie?

Leczenie uzdrowiskowe, z uwagi na swój fizjologiczny charakter, wymaga określonego czasu, zależnie od rodzaju i stopnia nasilenia choroby. Jeżeli dolegliwości nie są duże, u osoby stosunkowo młodej można czas leczenia ewentualnie ograniczyć do 2 tygodni. Jeżeli pacjent ma kilka chorób w stopniu zaawansowanym (a tak najczęściej bywa) to wymaga znacznie dłuższego czasu. W przypadkach leczenia poszpitalnego można jednak skrócić pobyt w szpitalu i dalsze leczenie kontynuować w uzdrowisku lub w szpitalu uzdrowiskowym.

Próbuje się łączyć sanatoria z ośrodkami spa-wellness, czy to dobry mariaż?

Połączenia ośrodków spa-wellness z lecznictwem uzdrowiskowym jest niewłaściwe, gdyż każdy z tych nurtów działalności uzdrowiskowej przeznaczony jest dla zupełnie innej grupy osób. Oba te kierunki powinny rozwijać się równolegle, ale powinna być zachowana w uzdrowisku odpowiednia proporcja.

W Polsce jest wiele uzdrowisk o różnych profilach leczniczych. Dysponują one bogactwem naturalnych surowców leczniczych, znacznymi wartościami klimatycznymi i walorami uzdrowiskowymi, które mogą stanowić niepowtarzalną szansę na to, by stać się polskim markowym produktem. Czy polskie uzdrowiska są wystarczająco promowane, i czy mają stale miejsce w strategiach marketingowych – na rynku krajowym i międzynarodowym?

Z całym przekonaniem mogę powiedzieć, że lecznictwo uzdrowiskowe jest polską marką. Mamy wypracowane przez wiele lat metody lecznicze, które łączymy z nowymi technologiami, nowymi metodami. Zasadniczo można powiedzieć, że mamy nieźle zorganizowane lecznictwo uzdrowiskowe, a przede wszystkim mamy wspaniałą kadrę medyczną, w tym lekarzy wysoko wyspecjalizowanych. Niestety, wiedza o lecznictwie uzdrowiskowym nie tylko jest bardzo mała, ale często fałszywa. Bywa, że i media mają w tym swój udział, przedstawiając lecznictwo uzdrowiskowe w fałszywym świetle. Często pomija się istotę i prawdziwe zadania medyczne, jakie spełnia lecznictwo uzdrowiskowe, a eksponuje ciekawostki obyczajowe. Lecznictwo uzdrowiskowe nie tylko nie jest promowane, ale krytykowane przez osoby nie wiedzące nic o tym lecznictwie, co należy oceniać w kategoriach braku etyki zawodowej.

1 lipca br. (2011 – przyp. Redakcji) Polska przejęła przewodnictwo w Radzie UE. Czy wykorzystuje się tę okazję, by lobbować na rzecz promocji polskich uzdrowisk?

Nic mi na ten temat nie wiadomo. Nikt nie zwracał się do mnie, jako krajowego konsultanta, w sprawach lecznictwa uzdrowiskowego. Szkoda, bo mamy się czym pochwalić!

Czy walory uzdrowiskowe w postaci produktów leczniczych oraz dobra kadra medyczna są wystarczające, by przekonać potencjalnego kuracjusza, również tego spoza granic Polski, do skorzystania z nich?

Poziom naszego lecznictwa uzdrowiskowego na tle innych krajów europejskich jest jeszcze wysoki. Dlatego do nas przyjeżdżają lekarze, aby się uczyć tej dziedziny. Mamy przede wszystkim dobrze wyszkolonych lekarzy, dobre wody mineralne i doskonałe borowiny. Na nasze kongresy przyjeżdżają wybitne autorytety medyczne z całego świata, co dowodzi, że nas cenią. Wiedza ta jednak jest ograniczona do wąskiego grona ekspertów z zakresu balneologii w Europie, Ameryce czy Japonii.

Na rynku obserwuje się indywidualizację zapotrzebowania na leczenie, co – jak wiemy – łączy się ze wzrostem wymagań kuracjuszy związanych z jakością usług sektora uzdrowiskowego. Czy polskie uzdrowiska są na nie przygotowane?

Indywidualne podejście do leczenia chorych jest podstawą każdego postępowania medycznego. W Polsce jednak trudno to realizować z uwagi na warunki narzucone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Krytycy balneoterapii uważają, że długotrwałe pozytywne efekty kuracji w warunkach uzdrowiskowych są zazwyczaj wynikiem odpowiedniej diety, kojącego wpływu otoczenia na stan psychiczny (jednym słowem – wypoczynku), niż skutkiem oddziaływania zasobów naturalnych, którymi uzdrowisko dysponuje.

Dobre wyniki uzyskane podczas leczenia uzdrowiskowego są wynikiem sumowania się wielu bodźców leczniczych i reakcji przez nie wywoływanych. Skuteczność poszczególnych metod z zakresu balneoterapii została udowodniona w wielu badaniach naukowych prowadzonych przez przeszło 500 lat. Niewątpliwie wypoczynek, odpowiednia dieta mają swoje uzupełniające działania.

Współczesna medycyna oparta jest przede wszystkim na faktach, a więc wiarygodnych danych (EBM – Evidence Based Medicine). Jak rozwija się warsztat naukowy medycyny uzdrowiskowej w świetle EBM?

Badań naukowych prowadzonych w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej jest wiele tysięcy, ale niewiele jest tych, które oparte są na obecnie obowiązujących zasadach EBM. Myślę, że szczególnie w tej dziedzinie jest wiele trudności w takim prowadzeniu badań. Jedynym z nich, bardzo istotnym, jest obowiązujący system kierowania chorych, z długimi kolejkami oczekujących na to leczenie. Uniemożliwia to właściwy dobór chorych do badań, ich randomizację. Duże trudności sprawia również kompleksowe działanie wielu czynników leczniczych równocześnie, niektórych z nich nie można zupełnie wyłączyć, a poza tym nie mamy sponsorów, bogatych firm finansujących badania. Niezależnie od tych trudności, podejmowane są coraz częściej badania w lecznictwie uzdrowiskowym oparte na zasadach EBM.

Jeszcze na początku ub. r. (2011 – przyp. Redakcji) do Skarbu Państwa należały 24 spółki uzdrowiskowe, natomiast pod koniec br. przewiduje się, że zostanie ich

już tylko 7. Można więc mówić o prawdziwym przełomie, ponieważ o konieczności sprywatyzowania polskich uzdrowisk eksperci i menedżerowie z tej branży mówią co najmniej od dekady. Czy sądzi Pani Profesor, że silne, prywatne firmy są w stanie zapewnić finansowanie dużych programów inwestycyjnych? Czy są i będą zainteresowane promowaniem i rozwojem takiej dziedziny nauki, jaką jest medycyna uzdrowiskowa?

Prywatyzacja uzdrowisk to jedna wielka niewiadoma, co do losów i kierunku rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego. Wiele zależy od ludzi, od właścicieli, którzy kupują zakłady lecznictwa uzdrowiskowego. Aktualnie można zaobserwować, że prawie każdy zakład leczniczy kupiony przez nowego właściciela zostaje zamieniany na hotel, ta bowiem działalność przynosi większe i wcześniejsze zyski niż lecznictwo. Zagrożenie jest więc bardzo duże, medycyna może zniknąć całkowicie z uzdrowisk. Byłaby to ogromna strata dorobku wielu pokoleń.

W lipcu br. ukazała się nowelizacja ustawy o uzdrowiskach, lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach

i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Czy wniosła ona coś nowego?

Nowelizacja ustawy uzdrowiskowej nie wprowadziła na szczęście zasadniczych zmian. Uregulowane zostały wymogi dla lekarza naczelnego, zmniejszono zaostreżenia odnośnie do terenów zielonych w strefie A.

I może już na koniec naszej rozmowy: czego życzyłaby Pani Profesor sobie, specjalistom balneologii i medycyny fizykalnej oraz lecznictwu uzdrowiskowemu w Polsce?

Większość mojego życia zawodowego i naukowego poświęciłam balneologii i medycynie fizykalnej, stąd moim największym życzeniem jest rozwój tej dziedziny w prawidłowym kierunku i na coraz wyższym poziomie. Dziedzina ta zasługuje na większe zrozumienie ze strony decydentów, aby nie ulegli fałszywym trendom. Historia nas uczy, że zlikwidować dziedzinę jest łatwo, ale powrót do niej jest bardzo trudny lub wręcz niemożliwy, mamy na to szereg przykładów. Mam głęboką nadzieję, że lecznictwo uzdrowiskowe obroni się przed nowo modą dla bogatych.

(przedruk: <http://www.mp.pl/kurier>)

Czy wolny rynek wymusi obowiązek doskonalenia zawodowego?

Z doświadczenia wiadomo, że z pozoru drobne i wcześniej lekceważone zaniedbania są niejednokrotnie przyczyną poważnych problemów i wielorakich komplikacji. Dla nas lekarzy symptomem realnego zagrożenia i niespodziewanych „turbulencji w karierach zawodowych może być fakt, że w przestrzeni publicznej coraz częściej pojawia się zainteresowanie realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy i lekarzy dentyistów. Najlepszym źródłem informacji o możliwym zagrożeniu jest współcześnie Internet. Nawet pobieżna analiza zdarzeń ostatnich miesięcy dowodzi, że nikt o zdrowych zmysłach nie lekceważy już tego medium (począwszy od polityków, a kończąc na drobnych ciułaczach i gospodyniach domowych).

Dla naszego tematu egzemplifikację potencjalnego problemu stanowią wpisy internautów, opublikowane w jednym z portali społecznościowych w Koźminicach. Po artykule w lokalnym czasopiśmie na temat postępowania konkursowego na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa miejscowego szpitala pojawił się wpis postulujący, aby kandydaci przedstawili komisji konkursowej zaświadczenie z Izby Lekarskiej, że wypełnili obowiązek doskonalenia zawodowego. Internauta pisze: „...idę o zakład, że takiego zaświadczenia nie dostarczą, bo mają w nosie taki obowiązek. W ten sposób manifestują swoją niechęć do przepisów, kodeksu etyki i wreszcie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów – nas Wszystkich”. Ten głos został podchwycony i nieoczeki-

wanie zaczął żyć swoim życiem. Wpis następnej osoby jest porażający swoją prostotą. Internauta o inicjałach Bp napisał: „...Ciekawe, czy lekarz bez punktów edukacyjnych jest tak naprawdę ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej. Jeżeli ubezpieczyciel, mimo takiego rażącego zaniedbania, wypłaci odszkodowanie z takiej polisy lekarza, to dlaczego jak ja nie mam przedłużonej rejestracji samochodu, moje OC nie działa i straty muszę pokryć z własnej kieszeni. Może szanowny Redaktor tym się zajmie”. Nie wiem, czy redakcja czasopisma będzie ten wątek drażyła, ale wiadomo, że wszystkie towarzystwa ubezpieczeniowe działające w Polsce są podmiotami komercyjnymi i potrafią liczyć pieniądze. Nawet ostatnio modny jest dowcip, że każde towarzystwo ubezpieczeniowe posiada tylko dwa departamenty – jeden zajmuje się poborem składek, drugi odmową odszkodowań. A zatem chyba warto wczytać się w treść naszych polis OC i zawczasu wykryć ich iluzoryczność. Nie przypuszczam bowiem, że menedżerowie firm ubezpieczeniowych – szczególnie wobec swoich zagranicznych akcjonariuszy – dopuszczą do wypłat odszkodowań z polis obarczonych jakąkolwiek wątpliwością.

Sygnalizowana tutaj sprawa ma oczywiście znacznie szerszy kontekst. Warto przypomnieć, że w ostatnich miesiącach głośno było o działalności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Na kanwie toczonych sporów polityków i ekonomistów pojawiły się w Internecie wpisy m. in. z żądaniem kontroli, czy ZUS jako instytucja zaufa-

nia publicznego interesuje się sprawą wypełnienia przez lekarzy orzeczników obowiązku doskonalenia zawodowego. Stawiano problem następująco: jaka jest etyczna wartość orzeczeń, gdy orzekający świadomie łamie kodeks etyki lekarskiej i obowiązujące przepisy?

Podsumowując, warto mieć również świadomość, że zgodnie z wykładnią Ministra Zdrowia „...członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszanie przepisów

o wykonywaniu zawodu lekarza. Nie budzi wątpliwości, iż niewypełnienie obowiązku zawodowego jest naruszeniem przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza” (pismo Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2008 roku Nr MZ-NSK-841-11622-7/M/08).

Tytułowe pytanie pozostawiam do indywidualnej oceny Czytelników.

Mariola ROMAŃSKA, MPE

(przedruk ze „Skalpela” nr5/11)

Henryk Jordan (1842–1907)

PROFESOR GINEKOLOGII UJ ORAZ PIONIER MEDYCYNY SPOŁECZNEJ W POLSCE

Choć nazwisko Jordana jest w Polsce znane, jego życie i osiągnięcia społeczne są mało rozpropagowane. Henryk Jordan urodził się w Przemyślu. Ze względu na wczesną utratę ojca już jako gimnazjalista zmuszony był zarabiać udzielaniem korepetycji. Zagrożony wydaleniem ze szkoły za udział w manifestacjach patriotycznych w 1862 r. udał się do Triestu, gdzie pomimo trudności językowych ukończył szkołę i w 1863 r. zdał maturę. Następnie rozpoczął studia medyczne w Wiedniu i kontynuował je w Krakowie. Po ich ukończeniu – ze względu na trudną sytuację zdrowotną i materialną – wyjechał najpierw do Berlina, a potem do Nowego Jorku. Tam utrzymywał się, grając na fortepianie w restauracjach oraz w zakładach gimnastyki szwedzkiej dla dziewcząt. Tam też po raz pierwszy zetknął się z wychowaniem fizycznym młodzieży i jego znaczeniem dla prawidłowego rozwoju. W Nowym Jorku prowadził również praktykę ginekologiczną i położniczą oraz założył szkołę położnych. Dzięki tym aktywnościom zgromadził pieniądze, które umożliwiły mu odwiedzenie ośrodków medycznych w Stanach Zjednoczonych, a potem – w drodze do kraju – w Anglii i w Berlinie. Po zdaniu egzaminu dyplomowego w Krakowie w 1870 r. Jordan udał się jeszcze na 6-miesięczne szkolenie do kliniki ginekologicznej w Wiedniu. Po powrocie został asystentem w Katedrze Ginekologii i Położnictwa UJ prof. Maurycego Madurowicza w Krakowie. W 1874 r. odszedł z UJ i założył praktykę prywatną, która zapewniła mu niezależność finansową. Od 1894 r. był prezesem Towarzystwa Ginekologicznego, a po śmierci Madurowicza w 1895 r. został kierownikiem Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Jednak to nie kariera naukowa i nie osiągnięcia naukowe uczyniły Jordana sławnym. Były to jego pasje i zainteresowania dotyczące higieny społecznej i medycyny szkolnej. Nie sposób wymienić wszystkich jego funkcji społecznych i aktywności, dlatego skupimy się na najważniejszych. Był aktywnym propagatorem badań dzieci w szkołach, wprowadzenia do szkół lekarzy oraz

zająć wychowania fizycznego. Ponadto zwracał uwagę na znaczenie przerw lekcyjnych i aktywności fizycznej w ich trakcie. W latach 1888–89 założył własnym kosztem fundację Park Miejski dr Henryka Jordana. Była to pionierska i nowoczesna placówka wychowania dzieci poprzez gry i zabawy na świeżym powietrzu. Park Jordana w Krakowie obejmował 12 boisk o różnym przeznaczeniu, w tym do chodzenia na szczudłach, skoków o tyczce i ćwiczeń na przyrządach, ćwiczeń na drabinach, pomostach i kładkach, piłki nożnej, palanta (zmodyfikowany przez Jordana amerykański baseball), tenisa, krykieta, etc. W pierwszych dwóch latach na zajęcia uczęszczało 500–600 dzieci, ale już w roku 1891 r. było ich 13 tys., a w roku 1901 – 32 tys. Podstawą parku było jego przemysłane funkcjonowanie oraz wyszkolona kadra, która prowadziła zajęcia z dziećmi. Jordan zwracał uwagę również na rozwój kulturalny i patriotyczny. Wzdłuż głównych alei parku ustawił 44 popiersia sławnych Polaków, gdzie wygłaszał pogadanki patriotyczne. W parku prowadzono też dożywianie oraz badania lekarskie. Podobne parki zaczęto tworzyć we Lwowie, Tarnopolu, Nowym Sączu, Nowym Targu i w Warszawie, a później w całej Polsce.

Od 1881 r. do śmierci Jordan był radnym Krakowa, w latach 1895–1902 posłem na Sejm Galicyjski. W 1887 r. zainicjował w Krakowie Stowarzyszenie dla Dożywiania Ciepłą Strawą Ubogich Dzieci, od 1892 r. przewodniczył Stowarzyszeniu Niesieniu Pomocy Ubogim Uczniom Szkół Ludowych, założył Towarzystwo Tanich Mieszkań dla Robotników, które wybudowało osiedle dla 100 rodzin. W 1900 r. zainicjował Towarzystwo Samopomocy Lekarzy, które chroniło rodziny lub samych lekarzy niezdolnych do pracy.

Odmówił propozycji uczczenia 30-lecia swojego doktoratu w Krakowie oraz nie przyjął propozycji prezydentury miasta Krakowa. Zmarł w 1907 r. na skutek ataku serca w przebiegu zapalenia płuc.

Dr hab. Andrzej GRZYBOWSKI, prof. UAM

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1/12)

Histeryczny lęk pacjenta przed dentystą – jak sobie z nim radzić?

„42-letnia pacjentka, która zjawia się po raz pierwszy w Twoim gabinecie informuje Cię bezceremonialnie, że nie lubi dentystów, bo zawsze zadają ból.”

„28-letni pacjent mówi, że to jego pierwsza wizyta od 10 lat, bo nienawidzi tamponów w ustach, i ma odruch wymiotny oraz twierdzi, że się dusi.”

„57-letni pacjent mówi, że panicznie boi się leczenia kanałowego „na żywca”, ale nie pozwala sobie ulżyć, bo mówi, że jest uczulony na znieczulenie miejscowe – tak powiedział mu lekarz po tym, jak po wstrzyknięciu preparatu zemdlął na fotelu.”

„38-letnia pacjentka siada na fotelu, po czym zaczyna jej się trząść ręce, zaczyna płakać, zanim otworzy jeszcze usta do przeglądu.”

Jak często masz takie doświadczenia? Strach przed dentystą, podobnie jak wiele innych niepokojów, ma podłoże historyczne. Wynika on często z poprzednich, nieciekawych doświadczeń. Znakomita większość ludzi choć raz miała nieskutecznie podane znieczulenie, źle (wg nich) założoną plombę, nieczulego lub zniecierpliwionego dentystę leczącego kanałowo. Duża część dorosłych Polaków wykazuje historyczny lęk przed stomatologiem z racji doświadczeń w okresie szkoły podstawowej: niektórzy źle wspominają opiekę w szkole podstawowej, inni lekarzy, którzy byli fachowcami w kwestii leczenia zębów, nieco mniej uwagi poświęcali leczeniu strachu pacjenta. Ma to poniekąd swoje uzasadnienie, bo zagadnienia psychologii do gabinetów lekarskich wkraczały powoli, począwszy od późnych lat osiemdziesiątych w Polsce. U dzieci z kolei strach przed dentystą bierze się często z „metod wychowawczych” rodziców: „*Jak będziesz niegrzeczny, pójdziesz do dentysty!*” lub przez to, że rodzice projektują na dzieci własną traumę. Kolejnym źródłem lęku przed wizytą u dentysty jest obawa przed bólem oraz poczucie, że pacjent nie ma wpływu ani kontroli nad procesem leczenia i musi oddać się całkowicie w ręce stomatologa.

Jeśli pacjent ma rozbiegany wzrok, drży mu głos, lub też zaczyna płakać, odmawia współpracy, pocą mu się i drżą ręce – to być może właśnie doświadcza silnego lęku związanego z wizytą u dentysty.

Co możesz zrobić, aby Twój pacjent był choć odrobinę mniej spięty, aby czuł, że ma przed sobą człowieka oraz miał poczucie, że choć częściowo sprawuje kontrolę nad procesem leczenia?

Po pierwsze: KOMUNIKACJA z pacjentem

To Twoja baza i siła do pokonania lęku u pacjenta. Poszukaj, co w doświadczeniach pacjenta, który mówi: „nie cierpię dentystów” jest najbardziej wyraziste? Co tak na-

prawdę to dla niego oznacza? Wyjdź z nim z poziomu ogółów i poszukajcie konkretnych doświadczeń. Jeśli poznasz jego obawy, możesz te informacje i wiedzę wykorzystać podczas tej i kolejnej wizyty. „*Dentysta był dla mnie szorstki i nie rozumiał, że potrzebuję znieczulenia*”, lub „*Dentysta mnie zrugął za to, że pytam, co po kolei będzie robił*”. Jeśli możesz, notuj (sama, albo niech robi to dla Ciebie asystentka) najważniejsze czynniki sprawiające, że pacjent oprócz pracy z zębem potrzebuje też zadbania o jego potrzeby psychologiczne (poczucie bezpieczeństwa, komfort, zrozumiałość procedur, empatię ze strony lekarza, możliwość oddechu między borowaniami, możliwość komunikacji z lekarzem podczas zabiegu, itp).

Po drugie: INFORMACJA O PRZEBIEGU LECZENIA

To jest szczególnie ważne dla pacjentów, którzy muszą być przygotowani na to, jakiego rodzaju zabieg będzie przeprowadzany, ile potrwa, jakie będzie dalsze postępowanie w procesie leczenia. Brak wiedzy pobudza wyobraźnię, która już i tak jest w pełnym galopie i powoduje napięcie. Możesz też zadbać o jego potrzebę kontroli sytuacji (do pewnego stopnia oczywiście) i zaproponować pacjentowi, aby dał sygnał ręką lub głosem, że potrzebuje odpocząć chwilę podczas borowania, lub jak będzie chciał coś powiedzieć. To też może zmniejszyć jego lęk.

Po trzecie: TECHNOLOGIE minimalizujące ból

Z pewnością masz znakomitą wiedzę dotyczącą minimalizowania bólu pacjenta. Wspominam o tym, ponieważ jest to obszar, który jest niezwykle ważny dla wielu pacjentów, z którymi miałam okazję prowadzić rozmowy. Z moich obserwacji i dyskusji z pacjentami wynika, że to jeden z kluczowych czynników, który sprawia, że przywiązują się oni do swojego dentysty!

Po czwarte: ATMOSFERA i WYSTRÓJ

Gabinet nie powinien kojarzyć się ze szpitalem. Wprowadź łagodne kolory w poczekalni i w gabinecie, obrazy, pejzaże. Zorganizuj kącik dla dzieci i przygotuj obrazki wyleczonych i uśmiechniętych ząbków do kolorowania, z pewnością producenci preparatów dentystycznych obdarowują Cię takimi gadżetami. Zadbaj o to, aby w poczekalni nie słychać było dźwięków wiertła z gabinetu. Włącz relaksującą muzykę, która delikatnie będzie kołysać. Na rynku dostępnych jest wiele płyt z muzyką z takimi nagraniami. Możesz też posłużyć się aromaterapią: delikatny zapach lawendy, po pierwsze zneutralizuje zapachy z gabinetu, po drugie wpłynie kojąco na ciało poprzez oddziaływanie na zmysł węchu.

Jakie Twoje zachowania mogą wpłynąć na zmniejszenie niepokoju związanego z wizytą?

- Poznanie przyczyn lęku, krótka rozmowa o tym i zapewnienie, że dołożysz wszelkich starań, aby ból wykluczyć.
- Wyjaśnienie kroków leczenia przed rozpoczęciem procedury: „Teraz przez pół minuty będę borować”, „Teraz będę czyścić kanał”.
- Instruowanie pacjenta, by zachował spokój.
- Wspieranie werbalne pacjenta: dawanie poczucia bezpieczeństwa i rozumienia jego emocji.
- Pomoc pacjentowi w zredefiniowaniu doświadczeń, aby w przyszłości zminimalizować strach.
- Danie pacjentowi cienia poczucia kontroli nad procesem.
- Wspieranie pacjenta w uczeniu się, jak postępować z własnym obezwładniającym niepokojem.
- Okazywanie wyrozumiałości i „ludzkiej twarzy” dentysty.

Jakie zachowania po stronie dentysty są najczęściej związane z satysfakcją pacjenta i zmniejszaniem lęku? (wypowiedzi pacjentów)

- Zapewnił mnie, że zminimalizuje ból.
- Był przyjaźnie nastawiony.
- Rozumiał mój niepokój i pozwolił mi ochłonąć.
- Pracował szybko i sprawnie, bez nerwowych ruchów.
- Zapewniał mi wsparcie.
- Zapewniał, że zrobi wszystko, aby uniknąć bólu.
- Upewnił się, że jestem dobrze znieczulony przed przystąpieniem do zabiegu.

Możesz też wydrukować ulotki o szybkich sposobach relaksacji i minimalizowania stresu i zostawić je w poczekalni. Może któremuś z Twoich pacjentów pomoże?

Pozdrawiam i życzę jak najwięcej zrelaksowanych, współpracujących, zadowolonych pacjentów!

Dorota JAKUBOWSKA-KURZEC
Trener biznesu, coach ICC

(przedruk z „Doktora” nr 4/11)

MEDYCYNA PO DYPLOMIE

Dieta ma wpływ na leczenie i rehabilitację ADHD

Wstęp

ADHD, tj. zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) jest najczęstszym zaburzeniem wieku rozwojowego (8). Dotyczy ok. 3–5% dzieci w wieku szkolnym. Przeważnie stwierdza się ADHD ok. 7 roku życia, częściej u chłopców. Dla ADHD charakterystyczne jest występowanie trzech grup objawów: nadruchliwości, impulsywności i zaburzeń koncentracji uwagi. Nadruchliwość to nadmierna, w porównaniu z dziećmi na tym samym poziomie rozwoju i w tym samym wieku, aktywność ruchowa. Dzieci z ADHD mają bardzo dużą potrzebę ruchu, nie potrafią przez dłuższą chwilę pozostać w miejscu. Impulsywność to niemożność powstrzymania się przed działaniem i „odczekania” do momentu, kiedy wykonanie czynności będzie łatwiejsze lub akceptowane przez otoczenie. Dzieci nadpobudliwe działają pod wpływem impulsu, którego nie są w stanie kontrolować. Najczęściej wiedzą, co powinny zrobić w danej sytuacji, jednak zazwyczaj tego nie robią. Znają reguły, ale mają kłopoty z ich zastosowaniem. Nie zastanawiają się nad konsekwencjami swego zachowania. Przykładami tego typu zachowań w życiu codziennym są: częste

wtrącanie się do rozmowy, wbieganie do pokoju, w którym ktoś pracuje mimo wielokrotnego przypominania, że nie wolno tego robić, przypadkowe, nieumyślne niszczenie rzeczy, nagle wbieganie na ulicę, brawurowa jazda na rowerze. Zaburzenia uwagi to słabsza zdolność koncentrowania się na wykonywanych zadaniach. Dzieci z ADHD nie potrafią z docierających do nich bodźców wybrać najważniejszego, a także utrzymać uwagi na dwóch czynnościach jednocześnie (np. na słuchaniu nauczyciela i notowaniu w zeszytce). Określa się je niekiedy jako marzycielskie lub „śniące na jawie”. Zaburzenia uwagi nasilają się zwykle, gdy wymagamy od dziecka wysiłku umysłowego lub zachowania ciągłej uwagi, np. w czasie czytania długiego tekstu. Skutkiem tych objawów są codzienne problemy dziecka z wykonaniem złożonego polecenia, które składa się z ciągu zadań, z pamiętaniem o zabieraniu ze sobą wszystkich potrzebnych przyborów szkolnych i książek, z zapamiętywaniem tego, co było zadane, z zapisywaniem wszystkiego, co było na lekcjach, a także nadmierne roztargnienie w czasie nauki i odrabiania lekcji i przechodzenie od jednej czynności do drugiej bez ukończenia poprzedniej. W 1998 r. zespół ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia

w USA sporządził raport dotyczący ADHD, z którego wynika, że zbyt mało uwagi poświęcane jest związkowi żywienia z przebiegiem klinicznym choroby. Liczne badania kliniczne potwierdzają, że na ryzyko wystąpienia ADHD wpływają nie tylko czynniki genetyczne, ale także uwarunkowania środowiskowe oraz metaboliczne (1, 12). Żywność i żywienie to ważne elementy leczenia i rehabilitacji ADHD. U 30% dzieci z ADHD można uzyskać wyraźną poprawę kliniczną stosując odpowiednią dietę eliminacyjną (15).

Naukowcy z Telethon Institute for Child Health w Australii przeanalizowali skład diety 1800 14-latków i podzielili ich na dwie grupy. Pierwsza, to osoby odżywające się zdrowo, druga natomiast składała się z nastolatków stosujących dietę według wzorców zachodnich. Za zdrową dietę uznano tę, która była bogata w świeże warzywa i owoce, produkty z pełnego ziarna i ryby. Dostarcza ona organizmowi więcej kwasów tłuszczowych omega-3 i kwasu foliowego, niezbędnych dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania mózgu oraz błonnika, który korzystnie wpływa na metabolizm ogólnoustrojowy. Dieta zachodnia z kolei, składa się w dużym stopniu z pokarmów bogatych w niezdrowe tłuszcze zwierzęce oraz tłuszcze typu trans (powstające m. in. w procesach smażenia), czerwone i przetworzone mięso, sól i słodczyce oraz napoje słodzone. Do mięsa czerwonego FDA zalicza wieprzowinę, wołowinę, cielęcinę, dziczyznę. Określono powyższy sposób odżywiania za niezdrowy (18).

Izomery trans nienasyconych kwasów tłuszczowych powstają w procesie przemysłowego utwardzania olejów roślinnych. Dochodzi wówczas do wysycenia podwójnych wiązań nienasyconych kwasów tłuszczowych oraz przekształcenia konfiguracji cis do konfiguracji trans jednonienasyconych kwasów tłuszczowych.

Duże ilości izomerów trans nienasyconych kwasów tłuszczowych znajdują się w:

- margarynach „twardych”,
- majonezach,
- produktach barów „szybkiej obsługi”,
- gotowych wyrobach cukierniczych (kruche ciasteczka, krakersy).

Badania wykonano u 115 badanych – 91 chłopców i 24 dziewczynek z ADHD zdiagnozowanym około 14 roku życia. Okazało się, że nastolatki, których dieta była najbardziej zbliżona do zachodniej, ponad dwukrotnie częściej chorowały na ADHD w porównaniu z rówieśnikami, którzy odżywiali się zdrowiej (18).

Diety restrykcyjno-eliminacyjne (5,14).

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia ADHD może być żywność. Wyniki badań dowiodły, że stosowanie diety eliminacyjnej (indywidualnie dobranej spośród m. in. takich pokarmów, jak ryż, mięso, warzywa, ziemniaki, owoce, pszenica), w porównaniu ze stosowaniem zwykłej diety, korzystnie wpływało na prze-

bieg kliniczny ADHD. Po 5 tygodniach stosowania diety eliminacyjnej poprawę stanu zdrowia obserwowano odpowiednio u 64% i 40% dzieci (5,14). W praktyce należy rozważyć zastosowanie diety eliminacyjnej przez około 5 tygodni, a następnie wprowadzać pojedynczo wyeliminowane uprzednio pokarmy i obserwować objawy kliniczne ADHD.

Wśród diet eliminacyjnych popularność zyskała dieta doktora Benjamina Feingolda, oparta na hipotezie związku nadpobudliwości psychoruchowej z nietolerancją pokarmową. Dieta ta zakłada unikanie spożywania sztucznych barwników i konserwantów (m. in. waniliny czy benzoenu sodu), a także ich naturalnych odpowiedników. Niektórzy badacze zaobserwowali niewielką poprawę u części dzieci z ADHD (ok. 10%). Podobne wyniki uzyskano po stosowaniu diety zastępującej cukier miodem. Inną dietą eliminacyjną, stosowaną u osób z ADHD, jest „Few Foods Diet”, czyli „dieta niewielu produktów”. Opiera się ona na wyeliminowaniu alergenów wywołujących objawy nietolerancji pokarmowej (3). Wszystkie te diety wymagają wielu wyrzeczeń ze strony dziecka i dużej konsekwencji rodziców. Mogą być też źródłem konfliktów. Należy zatem w każdym przypadku rozważyć, czy koszty wprowadzenia reżimu są współmierne do zysków.

Sztuczne barwniki (2, 4).

Ponad 30 lat temu wysunięto hipotezę, że zespół nadmiernej pobudliwości psychoruchowej, przebiegający z zaburzeniami uczenia się, może być spowodowany spożyciem sztucznych barwników dodawanych do żywności oraz niektórych owoców i warzyw zawierających salicylany i węglowodany proste. Badania pochodzące z lat 70-tych dowodziły, że u od 30% do 50% dzieci z nadpobudliwością psychoruchową można uzyskać poprawę, gdy zastosuje się dietę bez sztucznych barwników oraz salicylanów (salicylany są naturalnym składnikiem obecnym w owocach i warzywach, na przykład w jabłkach, wiśniach, winogronach, pomarańczach i pomidorach). Współczesne obserwacje potwierdziły istotny wpływ sposobu żywienia na przebieg zespołu ADHD. Metaanaliza dokonana w 2004 r. obejmowała 15 dobrze udokumentowanych badań dotyczących obecności sztucznych barwników w diecie. Pod wpływem diety pozbawionej sztucznych barwników dochodziło do poprawy dotyczącej zachowania się dzieci, a efekt oceniono na 1/3 – 1/2 efektu osiągniętego za pomocą farmakoterapii. W Polsce dopuszczono do stosowania blisko 300 dodatków, które dzielimy na 24 grupy. Do najważniejszych zaliczamy: barwniki, konserwanty, przeciwutleniacze, substancje zakwaszające, preparaty zagęszczające i żelujące, substancje słodzące oraz smakowe czy zapachowe. Dodatkowo wyróżniamy substancje syntetyczne lub naturalne. Większość sztucznych barwników i aromatów może uczulać. Przykładami alergizujących dodatków to E 102

(tartrazyna) – cytrynowo-żółty barwnik produkowany głównie do celów spożywczych, używany przy produkcji napojów w proszku, esencji owocowych, sztucznego miodu, musztardy. E 102 może powodować negatywne działanie u astmatyków i osób uczulonych na aspirynę. Odnotowano także wśród dzieci zdrowych przypadki nadpobudliwości, objawy rozdrażnienia i zaburzenia zachowania (podobne do objawów ADHD). Inne uczulające związki to E 104 (żółcień chinolinowa) – syntetyczny, zielonkawo-żółty barwnik dodawany do wyrobów cukierniczych, karmelków, kisielu oraz E 110 (żółcień pomarańczowa) – syntetyczny barwnik pomarańczowy, stosuje się go głównie do barwienia marmolad, żeli, gum do żucia, napojów oraz w przemyśle farmaceutycznym do nadawania koloru powłokom tabletek. E 122 (azorubina) – czerwony barwnik syntetyczny. Służy do barwienia dżemów i marmolad wiśniowych, budyniów, lodów, napojów oraz polew cukierniczych. E 123 (amarant) – syntetyczny, czerwony barwnik dozwolony jest tylko do dobarwiania win przeznaczonych na aperitify i alkoholi. E 151 (czerń brylantowa) – barwnik czarny, syntetyczny, stosuje się do barwienia tanich odmian kawioru. Równie często używa się go do barwienia słodyczy i cukierniczych wyrobów żelowych (galaretki). Komisja Europejska postanowiła zwiększyć presję na producentów żywności i napojów w celu ograniczenia stosowania sztucznych barwników. W lipcu 2010 r. wprowadziła w Unii Europejskiej obowiązkowe ostrzeżenia na etykietach produktów, które zawierają jeden z 6 sztucznych barwników wymienionych w tzw. raporcie opracowanym przez University of Southampton. Te barwniki to: E 102 tartrazyna, E 104 żółcień chinolinowa, E 110 żółcień pomarańczowa, E 122 azorubina, E 124 czerwień koszenilowa, E 129 czerwień Allura. Zespół ADHD nasila się, gdy w konsumowanym produkcie występuje więcej niż 1 barwnik zwłaszcza w połączeniu z benzoesanem sodu. W Wielkiej Brytanii „Ford Standard Agency” zaproponowała dobrowolne zaprzestanie używania tych 6 sztucznych barwników.

Alergie pokarmowe w ADHD (5,14).

Częściej w ADHD, niż u dzieci zdrowych, stwierdza się występowanie alergii pokarmowej. Alergia na białko mleka krowiego, pszenicę, kukurydzę, soję, cytrusy, jaja, czekoladę, orzeszki, konserwanty i barwniki może powodować deficyt żelaza i cynku oraz witamin. U niektórych dzieci z ADHD, po wyeliminowaniu wspomnianych alergenów z diety, wykazano zmniejszenie się objawów, takich jak nadaktywność. Ponowne wprowadzenie alergenów do diety związane było z nawrotem problemów zdrowotnych. Przez 5 tygodni u 50 dzieci z ADHD stosowano dietę eliminacyjną polecaną w alergii pokarmowej, a druga 50-osobowa grupa była żywiona według zwyczajnej, zdrowej diety (14). Stwierdzono znaczącą poprawę stanu zdrowia i zachowania u dzieci karmio-

nych nieuczulającymi produktami. Zdaniem autorów badań rodzice wszystkich dzieci chorych na ADHD powinni spróbować wprowadzić dietę eliminacyjną antyalergiczną na okres około 5 tygodni. Pozwoli ona ustalić, jakie produkty powodują reakcję alergiczną objawiającą się symptomami ADHD. Inna grupa diet zalecanych w leczeniu i rehabilitacji ADHD zakłada uzupełnianie niedoborów poszczególnych składników odżywczych występujących u dzieci z tym schorzeniem.

Długołańcuchowe, wielonienasycone kwasy tłuszczowe (10,11,16,17)

Inne diety stosowane w leczeniu ADHD zakładają uzupełnianie niedoborów poszczególnych składników odżywczych. Do żywności poprawiającej aktywność układu nerwowego zalicza się wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Rozwój ośrodkowego układu nerwowego i siatkówki wymaga odpowiedniej ilości wielonienasyconych, długołańcuchowych kwasów tłuszczowych omega-3. U części dzieci z ADHD obserwuje się objawy charakterystyczne dla braku kwasów tłuszczowych omega-3. Wyniki badań wskazują, że u pacjentów z ADHD suplementacja olejem (*long chain polyunsaturated fatty acids* – LCPUFA) rybem wpływa pozytywnie na koncentrację (16). Dzieci uzyskiwały także lepsze wyniki w czytaniu, literowaniu i liczeniu. Inne obserwacje wskazują, że dzieci karmione mlekiem matki, bogatym w kwasy tłuszczowe omega-3, rzadziej zapadały na ADHD. Obserwacja 830 dzieci w wieku 5–12 lat z ADHD suplementowanych omega-3, magnezem i cynkiem wykazała po 12 tygodniach efektywność terapii u 61,1% leczonych (6). Przedmiotem dyskusji pozostaje wpływ suplementacji LCPUFA w okresie ciąży i/lub laktacji na rozwój psychoruchowy oraz na funkcje wzroku noworodka (17). W największym, jak dotąd, badaniu z randomizacją, obejmującym prawie 2400 kobiet, wykazano, że podawanie kwasu dokozaheksaenowego (DHA) w drugiej połowie ciąży w dawce 800 mg zapobiegało występowaniu depresji poporodowej u kobiet w 6 tygodniu i 6 miesiącu po porodzie oraz stymulowało rozwój psychoruchowy dzieci w 18 miesiącu życia oceniany za pomocą Skali Rozwoju Psychoruchowego Baileya III. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami, kobiety ciężarne powinny otrzymywać codziennie 200 mg DHA. Wyniki innego badania sugerują korzystny wpływ suplementacji DHA u matek karmiących (200 mg przez pierwsze 4 miesiące laktacji) tylko na zdolność wydłużonej koncentracji (*sustained attention*) u dzieci. Poziom DHA zależy od gatunku ryby oraz od pory roku i akwenu połowu. Ryby z południowych mórz są bogatsze w DHA. Tuńczyk i makrela z Morza Śródziemnego miały więcej rtęci niż te same gatunki żyjące w Atlantyku. Obserwano zależność między zawartością rtęci a ciężarem ryby. Tuńczyk ważący 25 kg posiadał 4 razy mniej rtęci od tuńczyka 60-cio kg. Wśród ryb złowionych w Bałtyku

najwięcej metalu znajdowało się we flądrach, które żyją raczej w strefie wód przybrzeżnych. Duże ilości rtęci wykryto w małżach i rybach, w zatoce Kaustela, w centralnym Adriatyku. Jej zawartość w tkance ryb wzrastała o trzy rzędy wielkości w porównaniu z ilością rtęci w osadzie morskim (9). Wśród ryb wiślanych największe koncentracje rtęci stwierdzono w szczupakach. Mięso ryb zawiera metylortęć w rezultacie biokoncentracji i biotransformacji rtęci obecnej w środowisku wodnym oraz w efekcie powolnej eliminacji z organizmu. Rtęć działa toksycznie głównie na ośrodkowy układ nerwowy. Dzieci reagują na dużo mniejsze dawki niż dorośli. Podnoszona jest konieczność zmniejszenia limitu dobowej dawki metylortęci w żywności dla ciężarnych kobiet (20). Współczesny Amerykanin nienarażony zawodowo na rtęć wchłania codziennie 153 ng par rtęci metalicznej z powietrzem, 3 666 ng rtęci organicznej (metylortęć) z rybami i innymi produktami pochodzenia morskiego, 2 000 ng rtęci nieorganicznej z innymi produktami spożywczymi i 5 ng rtęci nieorganicznej z wodą.

Metabolizm żelaza w ADHD (7)

Obserwowane u części dzieci z ADHD zaburzenia metabolizmu żelaza nie potwierdzają obserwacje w grupie 62 dzieci i młodzieży z ADHD w wieku 6–15 lat. Parametry gospodarki żelazem, m. in. stężenie żelaza, ferrytyny, transferrytyny oraz wskaźniki układu czerwono-krwinkowego były bowiem prawidłowe (7). Niemniej jednak zalecane jest u dzieci z ADHD badanie metabolizmu żelaza i uzupełnienie niedoborów w razie deficytu. Obserwowano wówczas zmniejszanie się objawów klinicznych ADHD.

Deficyt żelaza nasila toksyczne działanie ołowiu obecnego w produktach spożywczych, zwłaszcza u dzieci, oraz zwiększa absorpcję kadmu w jelitach. Wchłanianie żelaza w przewodzie pokarmowym jest niskie z ryżu (poniżej 1%) i szpinaku (2%) oraz większe z mięsa rybiego (12%), wątroby (19%) oraz z drobiu, cielęciny i wieprzowiny (22%). Dieta zabezpieczająca przed niedoborem żelaza wymaga konsumpcji produktów zawierających średnie i duże ilości żelaza. Należą do nich – drób, mięso, kasze, warzywa, warzywa liściaste, śliwki, morele, maliny, podroby, kakao. Produkty o niskiej koncentracji tego pierwiastka to mleko krowie, ziemniaki, tłuszcz, ryż, większość owoców. Najlepiej przyswajalne jest żelazo hemowe występujące w produktach pochodzenia zwierzęcego: mięso, ryby, drób, kaszanka.

Celiakia w ADHD (13,20)

U dzieci z ADHD częściej, niż w populacji ogólnej, występuje celiakia. Leczeniem z wyboru w chorobie trzewnej jest dieta bezglutenowa, której powinno się przestrzegać przez całe życie. Należy unikać glutenu zawartego w pszenicy, życie i jęczmieniu, kontrowersyjne wydaje się również spożywanie owsa. Chorzy z aktywną celiakią są narażeni na niedobory cynku, kwasu foliowego, żelaza, witamin A, D, E i K, dlatego oprócz diety wymagają stosowania odpowiedniej suplementacji. Skuteczne leczenie celiakii eliminuje, bądź łagodzi objawy ADHD.

*Prof. Paulin MOSZCZYŃSKI,
Anna MOSZCZYŃSKA-SERAFIN*

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 5/11)

Komputer i młody człowiek

To, o czym mówi ten artykuł, dotyczy nas pośrednio, jako rodziców lub dziadków. Z moich obserwacji wynika, że problem staje się coraz poważniejszy, bowiem z roku na rok rośnie liczba młodych osób, które stają się „ofiarami” komputera.

Coraz częściej zgłaszają się do mnie rodzice z pytaniem, co robić, bo tracą kontakt ze swoim dzieckiem, ono zaniedbuje naukę, izoluje się od rodziny, a na próby ograniczenia dostępu do komputera reaguje złością, a nawet agresją. Dzieje się tak, ponieważ komputer, który stał się nieodłącznym elementem życia osób dorosłych, zaczął jednocześnie zastępować dzieciom kontakty z rodziną, zabawy z rówieśnikami, czytanie książek czy uprawianie sportu. Dla wielu dzieci przesiadanie przy nim stało się podstawową formą spędzania czasu. Zbyt wczesne, a szczególnie niekontrolowane przez dorosłych, korzystanie z komputera powoduje, że zamiast być doskonałym narzędziem kształcenia i rozwoju oraz powodem do radości, staje się źródłem wie-

lu zagrożeń i problemów. Bardzo łatwo prowadzi też do uzależnienia.

Niekontrolowane spędzanie czasu przed komputerem naraża również dziecko na poważne problemy zdrowotne, zarówno fizyczne (nieprawidłowy rozwój układu kostno-mięśniowego, pogłębianie się wad postawy, problemy ze wzrokiem, spowodowane promieniami emitowanymi przez monitor), jak i psychiczne. Mogą się pojawić zaburzenia emocjonalne, kłopoty z koncentracją, a także wyobcowanie z realnego świata i poważne zaburzenia więzi uczuciowej z najbliższymi. Bywa, że oglądane sceny wyzwalają w dziecku agresję i powodują wystąpienie zachowań destrukcyjnych. Może się zdarzyć, że ten nierzeczywisty świat wirtualny, który często daje się dziecku kształtować według jego własnych upodobań, staje się z czasem jedyną, uznaną przez nie rzeczywistością. W efekcie powoli traci ono umiejętność nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, budowania nowych przyjaźni, kształtowania odpowiednich relacji

z innymi. Realni rówieśnicy stają się niepotrzebni, bo dziecko znajduje kolegów, zagłębiając się coraz bardziej w nierealny świat. W wielu przypadkach dochodzi do zachwiania hierarchii wartości i wówczas na pierwszym miejscu staje komputer, któremu zostają podporządkowane niemal wszystkie aktywności życiowe.

Poważnym zagrożeniem są niebezpieczne znajomości zawierane przez Internet i uleganie groźnym manipulacjom: dzieci padają ofiarą pedofilii, pornografii lub sekt. Powszechnie uznaje się, że największym zagrożeniem dla dzieci korzystających z Internetu jest szeroko rozumiane wykorzystanie seksualne, przejawiające się np. pokazywaniem materiałów pornograficznych (dotyczących zarówno dorosłych, jak i dzieci), uwodzeniem przez komputer, a także wirtualny seks (zaspokojenie seksualne dorosłego przez kontakt on-line) oraz dziecięca prostytutka (odpłatne usługi seksualne poza Internetem).

O tych i podobnych zagrożeniach zaczęło się w Polsce robić głośno w 2002 r. i wówczas opracowano pierwszy program do filtrowania szkodliwych treści o nazwie „Opiekun”, powstała fundacja Kidprotect i pojawiły się pierwsze publikacje na ten temat.

Kolejne zagrożenie, to oszuści i włamywacze, którzy wykorzystują naiwność i łatwowierność dziecka, żeby uzyskać informacje na temat jego rodziców (gdzie pracują, kiedy pracują, ile zarabiają), sprzętów znajdujących się w mieszkaniu, i posłużyć się nimi do celów przestępczych.

Uchronić przed wieloma z tych zagrożeń można przez rozsądne, już od pierwszego kontaktu z urządzeniem, ograniczanie czasu przebywania dziecka przy komputerze i właściwy dobór programów edukacyjnych, które powinny ułatwić mu zdobywanie wiedzy, uczyć je logicznego myślenia, kojarzenia faktów, szybkiego i celnego podejmowania decyzji, a także wytrwałości i cierpliwości oraz pomagać w wyrabianiu sprawności manualnej, refleksu, podzielności uwagi. Przy tych wszystkich zaletach komputera należy jednak pamiętać, żeby dawać dziecku okazje do innych przeżyć, do rozwijania zainteresowań oraz pokazywać mu pozakomputerowy świat.

Rodzice ciesząc się, że dziecko woli spędzać czas w domu zamiast z kolegami na podwórku, nie mogą przegapić momentu, kiedy zaczyna ono robić to nie z przywiązania do rodziny, tylko dlatego, żeby być bliżej komputera. Nie mają świadomości, że za zamkniętymi drzwiami pokoju dziecko coraz bardziej zagłębia się w świat wirtualny i tym samym oddala od nich. Ograniczanie dostępu do komputera dopiero wówczas, kiedy np. pojawią się poważne problemy z nauką, traktowane będzie zawsze przez dziecko jako akt wrogi, polegający na odbieraniu mu czegoś, co (za nieświadomym przyzwoleniem rodziców) stało się dla niego niezmierznie ważne.

Aby zminimalizować niebezpieczeństwo wynikające z korzystania z komputera, należy uzgodnić z dzieckiem zasady, których powinno przestrzegać. Można przy tym skorzystać z poniższych wskazówek:

1. Zachęcaj dziecko do opowiadania o swoich doświadczeniach związanych z korzystaniem z Internetu i staraj się, przynajmniej na początku, korzystać z sieci razem z dzieckiem.
2. Często powtarzaj i podkreślaj, że dzieciom nigdy nie wolno podawać adresu, numeru telefonu ani innych informacji osobistych, takich jak nazwa szkoły czy miejsce zabaw.
3. Naucz dziecko ufać swojemu doświadczeniu i intuicji. Pracuj nad zaufaniem do siebie, bo jeśli je zdobędziesz, dziecko powie ci, jeśli znajdzie w Internecie coś, co wywołuje jego niepokój.
4. Naucz dziecko, że nie wszystko, co przeczyta lub zobaczy w Internecie, jest prawdą. Zachęcaj je do zadawania pytań, jeśli nie jest czegoś pewne.
5. Jeśli dzieci wykonują w Internecie czynności wymagające zalogowania się w celu identyfikacji użytkownika, pomóż im wybrać odpowiednią nazwę i dopilnuj, aby nie zdradzała żadnych informacji osobistych o dziecku.
6. Powiedz dziecku, że nie należy spotykać się z osobami poznanymi w Internecie. Wyjaśnij, że internetowi przyjaciele nie zawsze są tymi, za których się podają.
7. Wymagaj, aby dziecko przestrzegało praw własności innych internautów. Wyjaśnij, że nielegalne kopiowanie efektów pracy innych ludzi – muzyki, gier wideo i innych programów – to kradzież.
8. Dopóki nie upewnisz się, że dziecko potrafi w sposób rozsądny korzystać z Internetu, stosuj oprogramowanie do kontrolowania jego aktywności w sieci. Są bowiem programy, które umożliwiają zablokowanie dostępu do nieodpowiednich witryn, monitorowanie odwiedzanych stron i sprawdzanie, co dzieci tam robią.

Rodzice, którym wydaje się, że skoro w domu dziecko spędza niewiele czasu przy komputerze, nie grożą mu związane z nim niebezpieczeństwa. Powinni wiedzieć, że nie ma dzisiaj żadnego problemu ze znalezieniem kafejki internetowej lub z korzystaniem z sieci w szkolnej pracowni, bądź u kolegi. Trzeba być bardzo uważnym.

*Bohdan T. WORONOWICZ
Ośrodek Terapii Uzależnień
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*

(przedruk z „Pulsu” nr 12/1 - grudzień 2011/styczeń 2012)

Wspomnienie o doktorze Wojciechu Kornackim

Dnia 21.01.2012 roku odszedł na „wieczny dyżur” doktor Wojciech Kornacki. Był absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie.

Specjalizację rozpoczął w 2004 r. w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Z tym oddziałem związał swoje życie zawodowe.

Dr Kornacki przez kilka lat zajmował się również działalnością dydaktyczną, prowadząc zajęcia ze studentami Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie.

Dyżurował, zarówno w Oddziale Chirurgii Ogólnej, jak i w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Bardzo interesowały go zagadnienia medycyny ratunkowej. Miał również wiele zainteresowań pozazawodowych. Pasjonował się modelarstwem, uwielbiał żeglarstwo.

W 2010 r. dr Kornacki uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej. Jako kierownik specjalizacji towarzyszyłem Mu przy końcowym egzaminie,

który odbył się w Łodzi. Egzamin zdał w pięknym stylu – z wyróżnieniem.

Wojtek był bardzo ciepłym i pogodnym człowiekiem, niezwykle uczynnym i koleżeńskim, o wysokiej kulturze osobistej. W gronie chirurgów nazywaliśmy Go żartobliwie „Kornasiem”. Lubiany był, zarówno przez współpracowników, jak i pacjentów. Był mądrym, rozsądnym i dobrze wyszkolonym chirurgiem mimo, że stał dopiero na początku, tak dobrze rozpoczętej, drogi zawodowej.

Wojtek przez wiele lat do pracy dojeżdżał z Nysy. Zamierzał przeprowadzić się wraz z Rodziną do Opolu. Nie zdążył zrealizować swoich planów. Feralnego dnia, wracając po ciężkim dyżurze do domu, uległ tragicznemu wypadkowi. Odszedł tak nagle i niespodziewanie. Miał dopiero 34 lata. Osierocił dwójkę małych dzieci.

Przedwcześnie straciliśmy dobrego lekarza i przyjaciela. Pamięć o Nim na zawsze pozostanie w naszych sercach.

Dr n. med. Janusz PICHURSKI



Szpital Twoje Zdrowie nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami w dziedzinie:

- Anestezjologii
- Kardiologii
- Gastroenterologii
- Endokrynologii
- Okulistyki
- Chirurgii naczyn
- Alergologii
- Diabetologii
- Pediatrii
- Radiologii
- Laryngologii
- Chirurgii Ogólnej
- Chorób Wewnętrznych

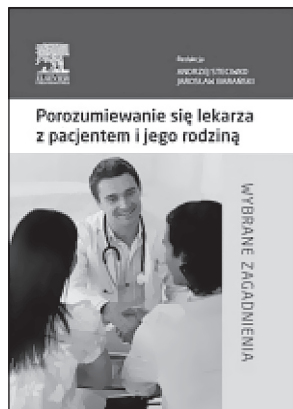
Posiadamy miejsca akredytacyjne na oddziale pediatrii i chorób wewnętrznych

Miejsce udzielania świadczeń: Szpitale Katowice, Opatów, Nowy Sącz

Kontakt: Tel. /15/ 86 82 051 wew.225 Kom. 519 156 150
(poniedziałek – piątek w godz. 8⁰⁰-14⁰⁰)

E-mail: kadry@opat.pl

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl;
tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com

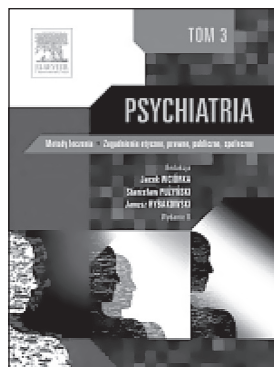


Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia, oprac. J. Barański, A. Steciwko; wyd. I, ISBN: 978-83-7609-455-7, format: 145x205, opr. twarda, 276 stron, cena det.: 89.00 zł, twoja cena: 80.09 zł (178 ELS pkt.)

Książka została przygotowana przez zespół polskich autorów pod kierownictwem profesora Andrzeja Steciwki. Głównym celem tej publikacji jest przybliżenie wiedzy na temat wartości komunikowania interpersonalnego, form i sposobów budowania relacji terapeutycznej oraz dostarczenie informacji o tworzeniu prawidłowej relacji z chorym.

Pozycja jest skierowana do wszystkich lekarzy pragnących wzbogacić swoją wiedzę z zakresu umiejętności komunikowania się z pacjentem, która jest nieodzowna w codziennej praktyce lekarskiej.

* * *

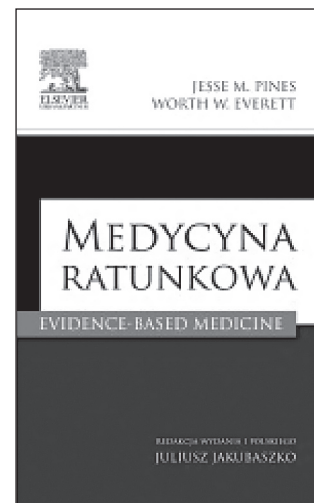


Psychiatria. Podstawy psychiatrii. Tom 3, oprac. J. Rybakowski, oprac. S. Puzyński, oprac. J. Wciórka; wyd. II, ISBN: 978-83-7609-110-5, format: 210x280, opr. twarda, 752 strony, cena det.: 169.00 zł, twoja cena: 152.10 zł (338 ELS pkt.)

Książka od wielu lat jest podstawowym polskim podręcznikiem z dziedziny psychiatrii napisanym przez wybitnych rodzimych specjalistów. Rola psychiatrii jako dynamicznie rozwijającej się gałęzi medycyny systematycznie wzrasta. Powoduje to konieczność ciągłej aktualizacji informacji zawartych w podręczniku. Obecne, najnowsze wydanie Psychiatrii zawiera najbardziej aktualne informacje, między innymi z zakresu teoretycznych podstaw współczesnej psychiatrii, psychiatrii klinicznej oraz terapii zaburzeń psychicznych. Treści zawarte w podręczniku zostały przedstawione w bardzo przystępny i klarowny sposób. Najnowsze wydanie Psychiatrii powinno być użyteczne dla lekarzy specjalistów, lekarzy w czasie robienia specjalizacji, a także lekarzy innych specjalności, ponieważ często

się zdarza, iż pacjenci z problemami psychicznymi nie od razu trafiają do specjalistów z tej dziedziny.

* * *



Medycyna ratunkowa. Evidence-Based Medicine

J.M. Pines, W.W. Everett, wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko ISBN: 978-83-7609-677-3, format: 138x256, opr. broszurowa, 304 strony, cena det.: 96.00 zł, twoja cena: 86.40 zł (192 ELS pkt.) Publikacja zalecana przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. W opracowaniu m.in.:

- zasady podejmowania trafnych i szybkich decyzji klinicznych w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia,
- sposoby diagnostyki w codziennej pracy na oddziale ratunkowym,
- wyniki badań naukowych,
- przypadki kliniczne z różnych dziedzin medycyny.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl;
nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



VI Kongres Top Medical Trends

Już po raz szósty zapraszamy na Kongres *Top Medical Trends*. Tradycyjnie odbędzie się on w Poznaniu i jak zawsze niezmiernie ciekawemu programowi naukowemu będą towarzyszyć liczne imprezy. W Kongresie udział weźmie ponad 70 wykładowców – wspaniałych dydaktyków, mówców, prezenterów o bardzo bogatym doświadczeniu zawodowym. Podczas Kongresu zostaną poruszone wszystkie zagadnienia dotyczące postępów w diagnostyce i terapii w różnych jednostkach chorobowych, prawie wszystkich dyscyplin i specjalności medycznych. Wykłady będą również prezentowały najnowsze algorytmy i schematy postępowania lekarskiego w zakresie leczenia różnych chorób. Hasło *Liderzy opinii partnerami lekarza praktyka* jest ciągle aktualne, dlatego zapraszamy wszystkich lekarzy bez względu na specjalizację i osoby w trakcie specjalizacji, pielęgniarki i studentów, ponieważ naprawdę warto w tym wydarzeniu uczestniczyć. **Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.**

Termin: 23–25 marca 2012 r.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, pawilon 15

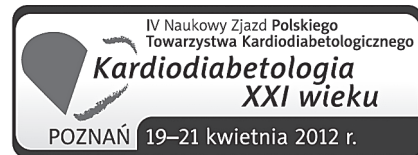
Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, wydawnictwo *Termedia*, wydawca czasopisma *Przewodnik Lekarza*

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. Andrzej Steciwko Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: Janusz Michalak Prezes Zarządu wydawnictwa *Termedia*

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00 szkolenia@termedia.pl www.topmedicaltrends.pl

* * *



IV Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – Kardiadiabetologia XXI wieku

Cukrzyca to jedna z chorób szczególnie zwiększających ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych. Lekarze na co dzień spotykają w praktyce klinicznej osoby cierpiące na cukrzycę, często z objawami choroby niedokrwiennej serca. Konieczne staje się zatem zastosowanie nowoczesnej diagnostyki zgodnej z rekomendacjami diabetologicznymi i kardiologicznymi. O wdrażaniu właściwej profilaktyki pierwotnej i wtórnej wybitni specjaliści będą mówić podczas **IV Naukowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego KARDIODIABETOLOGIA XXI w.**, który odbędzie się 19–21 kwietnia br. Konferencję uroczystą otworzy znany z telewizyjnego programu *Ojczyzna-Polszczyzna*, prof. Jan Miodek wykładem pt.: *Lekarz-choroba-zdrowie w codziennym językowym obcowaniu*.

Konferencja odbywa się co dwa lata. W ostatniej edycji, w 2010 r. wzięło udział blisko 300 uczestników: internistów, kardiologów, diabetologów, pediatrów i lekarzy innych specjalności.

Termin: 19–21 kwietnia 2012 r.

Miejsce: Międzynarodowe Targi Poznańskie, pawilon 15B, ul. Głogowska 14, Poznań, 60-734

Patronat: Rektor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki, Prezydent Miasta Poznania Ryszard Grobelny

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, wydawnictwo *Termedia*

Przewodnicząca komitetu naukowego: prof. zw. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Patronat Honorowy: Prezydent Miasta Poznania, Marszałek Województwa Wielkopolskiego

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Symposium endokrynologia i medycyna rozrodu dla ginekologa praktyka

W imieniu Sekcji Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu, zachęcamy gorąco wszystkich zainteresowanych problematyką diagnostyki i leczenia niepłodności, biologią procesów rozrodczych oraz zagadnieniami endokrynologii ginekologicznej i andrologicznej do udziału w **Symposium Endokrynologia i Medycyna Rozrodu dla Ginekologa Praktyka**. Symposium będzie okazją do bogatej, wielowątkowej i interdyscyplinarnej dyskusji. Chcemy by rzetelne, oparte o fakty naukowe leczenie niepłodności oraz zaburzeń endokrynologicznych przyczyniło się do poprawy standardów opieki lekarskiej. Służyć temu będą wykłady w sesjach monotematycznych z udziałem czołowych znawców omawianej problematyki z kraju i z zagranicy.

Termin: 27–28 kwietnia 2012 r.

Miejsce: Centrum konferencyjne hotelu Senator, 78-131 Dźwirzyno koło Kołobrzegu, ul. Wyzwolenia 35

Organizatorzy: Sekcja Płodności i Niepłodności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (SPiN PTG), Polskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu (PTMR), *Nord-deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* (NGGG), wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący komitetu naukowego: Prof. dr hab. n. med. Rafał Kurzawa

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku zaprasza na konferencję naukowo-szkoleniową dla lekarzy dentystów: **„Doświadczenia europejskich ekspertów w leczeniu dzieci i młodzieży” – 28 kwietnia 2012 r. Hotel Novotel Marina Gdańsk, ul. Jelitkowska 20, Gdańsk**

Program:

10⁰⁰–10¹⁵–Rozpoczęcie konferencji

10¹⁵–11⁴⁵–Minimalnie inwazyjne strategie stosowane w leczeniu uzębienia mlecznego i stałego–prof. dr Norbert Krämer, Giessen, Germany; President EAPD.

11⁴⁵–12¹⁵–Przerwa kawowa.

12¹⁵–13⁴⁵–WSKRZESZANIE MARTWEGO – Leczenie endodontyczne martwych zębów siecznych z nieza-

kończonym rozwojem korzenia po urazie: podejście metodyczne i biologiczne–prof. Monty Duggal, Leeds, UK; President-Elect EAPD.

13⁴⁵–14⁴⁵ – Lunch.

14⁴⁵–16¹⁵ – Interdyscyplinarne podejście do procesu leczenia w przypadku wrodzonych braków zębowych–dr Nick Lygidakis, Athens, Greece; Past-President EAPD.

16¹⁵–16³⁵ – Wytoczne EAPD stosowania fluoru u dzieci–dr hab. Katarzyna Emerich, adiunkt Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego GUMed; EAPD Councillor for Poland.

16³⁵–17⁰⁰ – Zakończenie konferencji.

Wykłady w języku angielskim z tłumaczeniem simultanicznym. Za konferencję zostaną przyznane punkty edukacyjne (zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dn. 6 października 2006 r. w sprawie sposobów dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów).

Zgłoszenia przyjmuje: Komisja Kształcenia Medycznego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, tel. 58/524-32-07; 58/524-32-27, konferencja@gdansk.oil.org.pl, www.gdansk.oil.org.pl.

Koszt uczestnictwa: 200 zł – do 15.03.2012; 250 zł – od 16.03.2012. Konto: Bank Zachodni WBK S.A., 3 Oddział Gdynia 69 1090 1102 0000 0000 1000 4314 (tytułem: imię i nazwisko, konferencja stomatologiczna). Proponowany nocleg: Hotel Novotel Marina Gdańsk, ul. Jelitkowska 20, Gdańsk; rezerwacja pod nr (58) 558 91 11 lub 12.

* * *

UWAGA! ZJAZD ABSOLWENTÓW PAM 1992 STOMATOLOGIA

W dniach 7–10 czerwca 2012 roku w Rewalu w Hotelu RESIDENCE odbędzie się zjazd koleżeński – 20-lecie dyplomu rocznika 1992. Chętnych proszę o kontakt mailowy lub telefoniczny:

Agnieszka Borowiec-Rybkievicz – mail : a.borowiec@interia.eu, tel. 608-737-373 i potwierdzenie uczestnictwa. Dalsze szczegółowe informacje nt. kosztów ukażą się w kolejnym numerze biuletynu.

* * *

EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital Św. Rocha w Ożimku posiada wolne miejsca specjalizacyjne z zakresu:

- rehabilitacja medyczna,
- choroby wewnętrzne

Osoby zainteresowane prosimy o aplikacje na adres: ozimek@emc-sa.pl lub kontakt telefoniczny pod numerem telefonu 77/427-34-02.

* * *

Dyrekcja Brzeskiego Centrum Medycznego SP ZOZ,
49-301 Brzeg, ul. Mossora 1, zatrudni na kontrakcie lekarza psychiatrę do pracy w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym:

- profil ogólny - na 12 godz./tyg.
- profil psychiatryczny - na 10 godz./tyg.

Kontakt w tej sprawie z Dyrektorem Medycznym tel. 77/444-65-36.

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Strzeleckach (woj. opolskie) zatrudni lekarza internistę, pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej do pracy w POZ. Kontakt: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Strzeleckach, Dobra, ul. Szkolna 2, spozstrzelecki@op.pl, tel. 77/466-83-13.

* * *

NZOZ „REMEDIUM”, Bydgoszcz, ul. Gdańska 80A poszukuje do współpracy lub na etat lekarza dentystę i lekarza dentystę dla dzieci. Kontakt: tel. 52/321-04-45, kom. 885-111-185.

* * *

NZOZ Med-Izb w Izbicku zatrudni lekarza POZ, internistę lub chcącego się specjalizować w dziedzinie POZ. Możliwość wejścia do spółki, warunki zatrudnienia (płacowe i godzinowe) do uzgodnienia. Kontakt pod nr telefonu 606-641-484 Bernard Knosala.

* * *

Chorzowskie Centrum Pediatrii i Onkologii im. dr E. Hankego z siedzibą w Chorzowie zatrudni lekarza specjalistę onkologii i hematologii dziecięcej lub specjalistę pediatrę chcącego specjalizować się w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Zainteresowanych prosimy o kontakt pod nr tel. 32/34-90-120 lub 601-448-876.

* * *

Z powodu wyjazdu **oddam bezgotówkowo dwie zorganizowane i dochodowe przychodnie lekarskie** (lokalizacje: Gdańsk, Żukowo) osobie lub firmie, która prowadzi co najmniej dwie własne przychodnie. Kontakt: **specjalistyczny@gmail.com**

* * *

Sprzedam Unit stomatologiczny Exima razem z końcówkami na światło i kamerę wewnątrzustną. Tel. kontaktowy 693-629-034.

* * *

Eskulap pod żaglami – rejs morski lekarzy z „Kapitanem Borchardtem” – Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze uprzejmie informuje, że jest jeszcze kilka miejsc na organizowane rejsy:

Rejs 1 – 15.04. – 24.04.2012 r. Villefranche (Monte Carlo) – Baleary – Barcelona,

Rejs 2 – 25.04. – 04.05.2012 r. Barcelona – Melilla – Baleary – Malaga.

Nowy, a jednocześnie najstarszy polski żaglowiec, łączący w sobie tradycję i nowoczesność, zaprasza na pokład. W niepowtarzalnej atmosferze historycznego szkunera, gdzie pielęgnuje się najcenniejsze wartości polskiej kultury morskiej można przeżyć wielką, żeglarską przygodę w komfortowych warunkach.

Proponujemy alternatywną formę wypoczynku poprzez czynne uczestniczenie w codziennym życiu załogi żaglowca, można zdobyć umiejętność stawiania żagli, pracy przy linach, sterowania statkiem, zgłębić tajniki sztuki nawigacji (tradycyjnej i elektronicznej) i poznać życie na żaglowcu w najbezpieczniejszej jego formie, pod czujnym okiem wykwalifikowanej załogi.

Szczegółowe informacje oraz zapisy – biuro Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze, tel. 68/320-79-00, kom. 504-249-333 lub e-mail: **zielona.gora@hipokrates.org**.

* * *

Serdecznie zapraszamy do udziału w **Jubileuszowej X Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy, która odbędzie się w dniach 27 maja – 1 czerwca 2012 roku w Klubie Lekarza w Łodzi.**

Na coroczną, tym razem Jubileuszową Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz dziesiąty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisarzy.

Koleżanki i Kolegów zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do końca kwietnia br. Prace, które zostaną dostarczone w tym terminie, będą umieszczone w jubileuszowym albumowym wydaniu katalogu Wystawy.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 4 prace od 1 autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Wernisaz Jubileuszowej Wystawy odbędzie się 27 maja 2012 roku (niedziela) o godzinie 1700 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 1 czerwca 2012 r.

Serdecznie zapraszamy Autorów i Wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: **biuro@oil.lodz.pl**.

www.ultrasonografy.pl



V Uniwersytecki Dzień Diabetologii

Zapraszamy do uczestnictwa w szczególnej konferencji – V Ogólnopolskim Uniwersyteckim Dniu Diabetologii. Intencją Komitetu Naukowego jest ujęcie przedstawionej w programie problematyki w sposób odpowiadający najlepszym kryteriom akademickim, według zasad *Evidence Based Medicine* i jednocześnie w formie skłaniającej do refleksji i ulepszania własnych działań praktycznych.

W programie ujęto: gorące problemy diabetologiczne, najistotniejsze postępy naukowe – 2010/2011, nowe rekomendacje w zakresie postępowania diabetologicznego w praktyce – 2011.

V Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii ma na celu stworzenie warunków do pogłębionej wymiany informacji i poglądów oraz do kreatywnych dyskusji naukowych, a także możliwości omówienia nowych problemów praktycznych i dążeń do optymalizacji opieki nad chorymi na cukrzycę. **Konferencja bezpłatna**

Termin: 21 kwietnia 2012 r.

Miejsce: sala im. Dembego, Biblioteka Narodowa, Al. Niepodległości 213, 02-086 Warszawa

Komitet Organizacyjny i Naukowy: prof. dr hab. med. Anna Czech, prof. dr hab. med. Jan Tatoń, prof. dr hab. med. Waldemar Karnafel

Organizatorzy: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Centrum Diabetologii, Mazowiecki Szpital Wojewódzki, Warszawa, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej Pacjentów z Cukrzycą, Oddział Warszawsko-Mazowiecki i Sekcja Społeczna Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, wydawnictwo *Termedia*

Przewodniczący komitetu naukowego: Prof. dr hab. n. med. Jan Tatoń

Pod patronatem: JM Rektora WUM prof. dr. hab. n. med. Marka Krawczyka oraz dziekana II Wydziału Lekarskiego WUM prof. dr. hab. n. med. Jerzego Polańskiego

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Zdrowe Kości 2012

CHOROBY METABOLICZNE KOŚCI I OSTEOPOROZA

Podczas konferencji tematyka osteoporozy zostanie przedstawiona w licznych praktycznych sesjach dydaktycznych i rekomendacyjnych. Uczestnicy otrzymają jednoznacznie sformułowane odpowiedzi na pytania nurtujące lekarzy klinicystów różnych specjalności, które można bezpośrednio wdrożyć w praktyce lekarskiej, np.: jak postępować z pacjentem, który ma bardzo niską gęstość mineralną kości bez istotnych czynników ryzyka złamań? jak leczyć chorego po złamaniu kości udowej lub trzonu kręgowego w trakcie terapii antyresorpcyjnej? Zostaną również przedstawione rekomendacje stosowane w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie oraz w Europie w bezpośrednim odniesieniu do uwarunkowań naszego kraju. Interesująca będzie z pewnością sesja dydaktyczna dotycząca diety, fizjoterapii i leczenia bólu oraz sesja dla profesjonalistów ochrony zdrowia poświęcona warunkom, jakie powinien spełniać podmiot prowadzący diagnostykę i leczenie osteoporozy w Polsce z punktu widzenia świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy. Nowością konferencji będą praktyczne warsztaty densytometryczne. Będzie można wzbogacić wiedzę na temat prawidłowego wykonywania i interpretacji oznaczeń gęstości mineralnej kości w kręgosłupie i kości udowej o aspekty praktyczne oraz poznać tajniki oceny złamań trzonów kręgowych metodą densytometryczną (*ang. vertebral fracture assessment*).

Termin: 20-21 kwietnia 2012 r.

Miejsce konferencji: Poznań, Concordia Design

Kierownik Naukowy: dr hab. med. Piotr Leszczyński

Organizatorzy: Sekcja Chorób Metabolicznych Kości i Osteoporozy Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Reumatologii i Osteoporozy Szpitala im. J. Strusia w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*

Patronat: Polskie Towarzystwo Reumatologiczne, Fundacja JaTyMy, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Polskie Towarzystwo Menopauzy i Andropauzy, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne

Patronat Honorowy: Prezydent Miasta Poznania, Marszałek Województwa Wielkopolskiego

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: www.elsevier.pl;
tel. 42/680-44-09, fax: 42/680-44-86
e-mail: zamowienia@elsevier.com



Triage. Ratunkowa segregacja medyczna

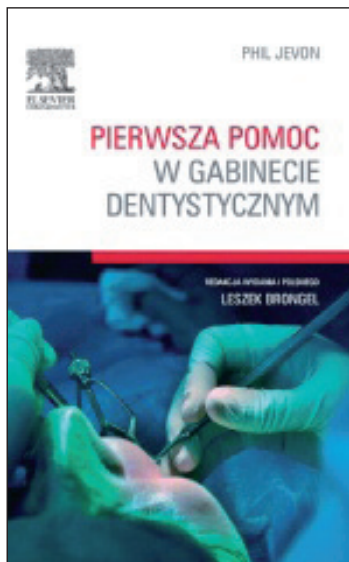
K. Mackway-Jones, J. Marsden, J. Windle; wyd. I polskie, red. J. Jakubaszko ISBN: 978-83-7609-299-1, format: 155x233, opr. broszurowa, 184 strony, cena det.: 64.00 zł, twoja cena: 57.60 zł (128 ELS pkt.)

Jest to pierwsza w Polsce publikacja, w której szczegółowo zaprezentowano zasady ratunkowej segregacji medycznej. Metoda została opracowana przez zespół specjalistów medycyny ratunkowej z ośrodka w Manchesterze pod kierunkiem profesora Kevina Mackway-Jonesa. Ten tzw. Manchester Triage System (MTS) jest metodą z powodzeniem stosowaną na całym świecie. Oparta jest ona na zbiorze ponad 50 kart scenariuszy klinicznych osób w nagłym zagrożeniu zdrowotnym. Każdy ze scenariuszy zawiera od kilku do kilkunastu klinicznych kryteriów różnicujących, które umożliwiają przyporządkowanie pacjentów do różnych grup ryzyka.

Celem polskiego wydania tej pozycji jest przedstawienie zasad MTS, które mają ułatwić podjęcie decyzji lekarskiej wobec pacjenta w stanie nagłym specjalistom medycyny ratunkowej, lekarzom pracującym na oddziałach in-

tensywnej terapii, a także personelowi medycznemu z oddziałów ratunkowych i szpitalnych izb przyjęć.

* * *



Pierwsza pomoc w gabinecie dentystycznym

P. Jevon; wyd. I polskie, red. L. Brongel ISBN: 978-83-7609-463-2, format: 156x234, opr. broszurowa, 192 strony,

cena det. 109.00 zł, twoja cena 98.10 zł (218 ELS pkt.)

Książka przeznaczona jest dla dentystów, którzy w czasie praktyki zawodowej mogą mieć do czynienia z nagłymi zagrożeniami zdrowia i życia u leczonych pacjentów. Wiążą się one zarówno z wykonywaniem typowych procedur stomatologicznych (np. reakcje alergiczne na stosowane do znieczulenia leki, ciała obce w drogach oddechowych czy też nudności, wymioty grożące zachłyśnięciem), jak i zaostrzeniem wcześniej istniejących chorób przewlekłych (np. astma, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, napad padaczkowy, śpiączka hipoglikemiczna itp.) czy też nagłym wystąpieniem takich schorzeń, jak udar mózgu, zawał serca lub „zwykłe” omdlenie. Z danych zebranych w różnych krajach wynika, że z podobnymi problemami zetknęło się ponad 60% dentystów, nierzadko kilkakrotnie, a niekiedy (0,3-3%) byli oni zmuszeni do podjęcia klasycznych zabiegów resuscytacyjnych.

**CHURCHILL'S
POCKETBOOKS**

oferta ważna do 29.02.2012

**PRAKTYCZNE
PROCEDURY
KLINICZNE**

**PRAGMATYCZNE
RADY**

**JASNE I CZYTELNE
OPISY**

TERAZ TYLKO 29 zł