



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Styczeń 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 197

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fotografia: Adam Bagiński

**„Idzie zima od morza,
zimny smutek w przestworza gna...”**

Już przebrzmiały wystrzały z butelek szampana, wywie-trzały bąbelki z kieliszków, z włosów i zakamarków ubrań wy-trząsnęliśmy resztki sylwestrowych confetti, pora więc wracać do codzienności. Co nam przyniesie nadchodzący 2013 rok? Trudno teraz to dokładnie przewidzieć, ale na pewno będzie ciekawy (jak zresztą szereg ostatnich lat)!! Czekają nas kolejne zmiany w ochronie zdrowia: nowe recepty, przemiany własno-ściowe szpitali, przygotowywanie się do nowego konkursu ofert pod koniec roku, itd. Nie wiem tylko, czy jesienią negocjować będziemy z nowym, starym, czy z nowym/starym partnerem. Zapowiedzi ministra Arłukowicza o likwidacji centrali NFZ brzmią niezwykle buńczucznie, ale jak będzie w rzeczywistości - kto to wie? Zresztą jego być może także zdmuchnie „wiatr hi-storii”. Jedno jest pewne, czeka nas dość intensywna kampania wyborcza do Samorządu Lekarskiego i to na nowych zasadach. W bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie kalendarium wy-borcze, a szczegóły pojawiać się będą w kolejnych Biuletynach.

Co oprócz tego znajdziecie? W części rodzimej – jak za-wsze – kilka sprawozdań, suplement do rocznicowego tekstu z poprzedniego numeru poświęcony 50-leciu PTS na Opolsz-czyźnie, kolejna opowieść prof. Kubickiego o kłopotach zdro-wotnych naszych królów, gratulacje dla naszego Kolegi oraz przypomnienie o składkach członkowskich. Jest także wspo-mnienie o wspaniałym chirurgu – dr Sikorskim.

W części ogólnej znajdziecie trzeci głos w dyskusji doty-czącej śmierci mózgu i materiały polemiczne o obecnej kon-dycji etyki lekarskiej. Jest także tekst o zmianach w przebiegu staży podyplomowych (ważne dla stażystów) oraz odpowie-dzi na często zadawane zapytania natury prawnej. Oprócz tego znajdziecie kilka artykułów traktujących o bieżących problemach ochrony zdrowia. Numer zamykają – jak zawsze – ogłoszenia i nowości z półek księgarskich.

Zycząc ciekawej lektury, pozdrawiam

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy, rozpoczął się kolejny rok. Zada-jemy sobie pytanie, czy będzie lepszy od poprzedniego. Ja będę w swoich życzeniach trochę przewrotny i chciałbym, aby był gorszy od 2014 roku.

Będzie to rok wyborów nowych władz samorządu lekar-skiego. Wybory w rejonach wyborczych po raz pierwszy bę-dą się odbywały drogą korespondencyjną. Oczywiście będą możliwe zebrania członków rejonu (tak, jak to było w po-przednich kadencjach), ale nie będzie już można w trakcie takich zebrań zgłaszać kandydatów. **Oni będą musieli być znani już znacznie wcześniej**. Więcej szczegółów dotyczą-cych wyborów, w tym listy rejonów wyborczych, znajdzie-cie we wkładce, dołączonej do Biuletynu.

Nowy rok wprowadził pewną rewolucję, dotyczącą wysta-wiania recept refundowanych (pisałem już o tym w poprzed-nim Biuletynie). Przypomnę o najważniejszych zmianach:

- numer kodowy recepty **musi** składać się z 22 cyfr,
- w polu pieczętki nagłówkowej **musi** być zamieszczo-ny kod paskowy odpowiadający numerowi REGON prak-tyki, a w przypadku lekarzy nie mających praktyki i wypisujących recepty jedynie sobie i rodzinie – odpowiadający numerowi umowy z Funduszem,
- w polu pieczętki imiennej **musi** być zamieszczony kod pa-skowy odpowiadający numerowi prawa wykonywania zawodu.

Zlecając drukowanie recept trzeba koniecznie drukarni podać te numery, które mają być wyrażone w postaci ko-dów paskowych.

Zwracam się teraz do lekarzy emerytów. Część z Was, idąc za moim apelem z wiosny zeszłego roku, nie podpisa-ła z Funduszem nowych umów na wystawianie recept dla siebie i rodziny. **Dziękuję Wam za tę solidarność w wal-ce z zapisami, które narzucają lekarzom wykonywanie czynności biurokratycznych nie mających nic wspólnego z leczeniem pacjentów**. Niestety niektórzy z tych, któ-rzy nie podpisali nowych umów, nadal wystawiali sobie recepty ze zniżką. W zasadzie, biorąc pod uwagę przesłan-ki racjonalne postąpili właściwie. Są lekarzami więc mogą przepisywać sobie leki, a jako emeryci są ubezpieczeni więc mogą korzystać z refundacji leków. Pech polega na tym, że

system, jaki nam narzuca Fundusz, wprowadził dodatkowe umowy. I w świetle tego uregulowania lekarze, o których wspominałem powyżej, postąpili nieformalnie, ale **nikogo na żadne straty nie narazili i niczego od nikogo nie wy-ludzili**. A taki wniosek można wyciągnąć z pism, które do tych lekarzy rozesłał Opolski Oddział Funduszu (jeden z le-karzy emerytów, który takie pismo otrzymał rozmawiał ze mną w biurze Izby i mogłem z treścią tego pisma się zapo-znać). W reakcji – wystosowałem pismo do Dyrektora No-waka, które zamieszczone jest poniżej.

Aby uniknąć dalszych problemów zwracam się do wszystkich lekarzy emerytów, którzy muszą wystawiać sobie leki refundowane (ceny niektórych są rzeczywiście wysokie), aby podpisali umowę z Funduszem. Jednocześnie tych z Was, którzy podpisali nową umowę jeszcze przed 30 czerwca 2012 r. informuję, że przesunięty o rok (do 31 grud-nia 2013 r.) został termin na podpisanie ostatecznej wersji umowy.

Jerzy JAKUBISZYN

* * *

Opole, 19.11.2012.

Pan Filip Nowak, Dyrektor OOW NFZ

Piszę do Pana będąc mocno zbulwersowanym pewnymi fak-tami, o których dowiedziałem się w ubiegłym tygodniu.

Przedstawione mi zostało pismo, jakie zostało wysłane do jednego z lekarzy emerytów, który nie mając aktualnej umowy z OOWNFZ na wystawianie recept dla siebie i rodziny wypisy-wał sobie leki ze zniżką refundacyjną (otrzymałem potem sygna-ły świadczące o tym, że adresatów takich pism jest więcej).

Przyznaję, że lekarz emeryt, który postąpił w w/w sposób po-stąpił nieformalnie i niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Ale sugerowanie w takim piśmie, że naraził NFZ na szkodę jest zdecydowanym nadużyciem.

Lekarze emeryci, bardzo zasłużeni dla ochrony zdrowia w na-szym województwie (niektórzy z nich tworzyli zręby ochrony zdrowia po wojnie) nie zasłużyli sobie, żeby takie sformułowa-nie pod ich adresem padało.

Bardzo proszę o informację, jaka jest sumaryczna kwota pie-niędzy, wynikająca z realizacji zakwestionowanych recept.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 28 LISTOPADA 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. Podjęcie uchwały w sprawie utworzenia rejonów wyborczych w wyborach VII kadencji oraz przyjęciu klucza wyborczego.
8. Podjęcie uchwały w sprawie współudziału w kosztach postępowania sądowego prowadzonego przez OIL w Gdańsku przeciwko Skarbowi Państwa o zapłatę za wykonanie w 2011 roku zadań przejętych od administracji państwowej.
9. Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich i Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 26.10.2012.
10. Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.
11. Sprawy różne i wolne wnioski.

Ze względu na nieobecność Prezesa (brał udział w posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ), obrady rozpoczęła Wiceprezes Hamryszak, która powitała wszystkich zebranych i oddała głos kol. Lachowi.

Ad 1.

Sekretarz Rady przedstawił wniosek Barbary Pławskiej o wpisanie do rejestru OIL w Opolu w związku z przeniesieniem z OIL w Warszawie. Rada jednogłośnie zaakceptowała ten wniosek.

Ad 2

Następnie kol. Hamryszak przedstawiła wnioski podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy:

- Medico-Dent Kompleksowe Zaopatrzenie Gabinetów Stomatologicznych – „Praktyczne rozwiązania w trudnych przypadkach klinicznych” - 24.XI.12 r. (przyznano 5 pkt. edukacyjnych),

- Polskie Towarzystwo Ortodontyczne Opolskie Koło Regionalne – „Wady klasy III - etiologia, rodzaje, diagnostyka i sposoby leczenia” - 23.XI.12 r. (przyznano 7 pkt.),
- ORTHOMED s.j. Opole – „Ortodoncja - szeroki horyzont. Problematyka skomplikowanych przypadków ortodontycznych”, szkolenie w Szczecinie 24-25.XI.12 r. (przyznano 11 pkt.),
- Nutrikon Sp. z o.o. – „Postępy chirurgii laparoskopowej” - 9.XI.12 r. (przyznano 5 pkt.).

Rada, przy jednym głosie wstrzymującym, przyznała proponowaną liczbę punktów edukacyjnych na wszystkie wymienione wyżej szkolenia i kursy.

Ponadto Medycyna Praktyczna Kraków, wpisana do rejestru podmiotów w OIL Kraków, posiadająca ponadto (w wyniku uchwały Prezydium NRL) potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia, zgłosiła kolejne szkolenia przewidziane do maja 2013.

Ad 3

Kol. Hamryszak przedstawiła następnie wnioski o skreślenie z rejestru praktyk lekarskich dwóch praktyk dentystycznych oraz jednej praktyki lekarskiej. Rada jednogłośnie przyjęła wnioski.

Ad 4

W tym momencie na obrady dotarł Prezes, któremu Wiceprezes Hamryszak przekazała prowadzenie posiedzenia. Prezes zapytał zebranych, czy mają uwagi do tekstu nowej uchwały o Funduszu Samopomocy, który został rozesłany wraz z zaproszeniem na posiedzenie Rady. Kol. Mazur zwrócił uwagę, że w załączniku nr 2 do uchwały mowa jest o przyznawaniu zapomóg w wysokości **do** jednego przeciętnego wynagrodzenia, czyli że przegłosowywanie przyznania zapomogi nie oznacza jednocześnie przyznania jej w maksymalnej wysokości. Prezes potwierdził ten fakt i zobowiązał się do formułowania wniosków poddawanych pod głosowanie w treści uwzględniającej również wysokość zapomogi. Ponadto kol. Mazur zwrócił uwagę, że załącznik nr 3 niepotrzebnie wymienia nr NIP-u, bowiem powszechnie odchodzi się od obowiązku jego podawania.

Następnie Prezes przedstawił dwa wnioski o zapomogi, które wpłynęły do Izby i zaproponował przyznanie zapomóg w maksymalnej wysokości. Rada jednogłośnie przyznała zapomogi w zaproponowanej wysokości.

Ad 5

Dyrekcja Szpitala w Brzegu zwróciła się do Rady o wyznaczenie jej przedstawicieli w komisji konkursowej na stanowisko ordynatora oddziału ginekologicznego. Rada postanowiła jednogłośnie wyznaczyć do tej komisji kol. kol.: Jacka Mazura (przewodniczący) oraz Krzysztofa Wiśniewskiego i Waldemara Ilczyszyna.

Z podobnym wnioskiem zwróciła się także dyrekcja Szpitala Ginekologiczno-Położniczego w Opolu. Rada zatwierdziła jako swoich przedstawicieli w tym konkursie kol. kol.: Jarosława Karonia (przewodniczący) oraz Jacka Mazura i Krzysztofa Wiśniewskiego.

Ad 6

Prezes przedstawił wnioski o zmianę wysokości składki członkowskiej:

- zwolnienie z jej płacenia – jedna osoba,
- zwolnienie na okres 1 miesiąca – pięcioro lekarzy, którzy zakończyli staż podyplomowy i oczekują na zatrudnienie w ramach rezydentur od 1 grudnia br.,
- obniżenie składki do 10 zł – trzy osoby.

Wszystkie wnioski Rada zaakceptowała jednogłośnie.

Ad 7

Kol. Kowarzyk poinformował członków Rady o ostatnim posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej oraz o wypracowanych na nim wnioskach do Rady, dotyczących:

- wielkości rejonu wyborczego (od 25 do 300 członków),
- klucza wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy dla poszczególnych rejonów wyborczych (1 delegat przypada na 20 członków rejonu).

Oba te wnioski zostały przez członków Rady przyjęte jednogłośnie.

Jednocześnie stwierdził, że Związek Pracodawców Opieki Medycznej Opolszczyzny „Pro Homine” zwrócił się do Rady z wnioskiem o powołanie oddzielnego rejonu wyborczego dla lekarzy tego zrzeszenia. Tak więc istniejąca dotąd liczba 22 rejonów wyborczych, grupujących lekarzy (których granice OKW proponuje utrzymać w dotąd obowiązującym zakresie), zostałyby zwiększona o jeden dodatkowy.

Prezes zaproponował, aby nowy rejon został zarejestrowany jako rejon wyborczy nr 23, obejmujący całe województwo opolskie. Rada, przy jednym głosie wstrzymującym się, zaakceptowała tę propozycję. Następnie przegłosowano całość uchwały dotyczącej wyborów w rejonach wyborczych.

Przy okazji procedowania tego punktu, kol. Jakubiszyn rozdał przedstawicielom delegatur listy poszczególnych rejonów wyborczych z prośbą o ich weryfikację i prosił, aby korekty przynależności poszczególnych lekarzy do rejonów zostały dokonane do końca grudnia.

Poruszona została również propozycja ustalenia paritetów miejsc dla poszczególnych delegatur w Radzie przyszłej kadencji, która wywołała ożywioną dyskusję.

Prezes zaapelował jednak, aby odłożyć tę sprawę na okres przed zjazdem wyborczym w przyszłym roku.

Ad 8

W dalszej części posiedzenia Prezes przedstawił sprawę egzekucji od Ministerstwa Zdrowia zaległych kwot za rok 2011 z tytułu realizacji czynności przejętych od administracji państwowej. Decyzją Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich, w oparciu o opinie prawną prof. Izdebskiego, pierwszą izbą, która złoży pozew do Sądu będzie izba gdańska w związku z posiadanym przez nią dobrym zapleczem prawnym. Pozostałe izby będą partycypowały w kosztach tego postępowania sądowego. Ponieważ postępowanie sądowe na pewno przedłuży się na następną kadencję samorządu, na wniosek izby gdańskiej, za aprobatą Konwentu, wszystkie izby okręgowe podejmują uchwały, potwierdzające to partycypowanie w kosztach, proporcjonalne do liczebności izby (na Opolską Izbę przypadła kwota w wysokości 1,85% kosztów). Prezes zaproponował projekt uchwały, który został jednogłośnie zaakceptowany.

Równocześnie kol. Jakubiszyn poinformował, że rozmowy, jakie były prowadzone od początku 2012 r., dotyczące zasad wyliczania kwot refundacji (w imieniu samorządu prowadził je specjalny zespół powołany przez NRL) nie przyniosły zadowalającego efektu i propozycje Ministerstwa zostały odrzucone. Dlatego Ministerstwo przysłało propozycję umowy na rok 2012 zbudowaną w oparciu o takie same przesłanki, jak w latach poprzednich. Prezes przekazał, że jako Przewodniczący Konwentu przeprowadził mailową sondę. Ustalono, że umowy zostaną podpisane, ale każdy z prezesów dołączy pismo, w którym zastrzeże sobie możliwość sądowego dochodzenia dodatkowych środków. Rada jednogłośnie podjęła uchwałę o upoważnieniu Prezesa i Skarbnika do odpisania umowy z MZ.

Ad 9

W części dotyczącej sprawozdania Prezesa z obrad Konwentu Przewodniczących i Naczelnej Rady, kol. Jakubiszyn stwierdził, że w tym pierwszym przypadku obradowano nad sprawami finansowymi dotyczącymi rozliczeń z Ministerstwem Zdrowia, nad nowymi zasadami elektronicznej rejestracji praktyk prywatnych oraz nad nowym rozporządzeniem dotyczącym stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Z kolei Rada Naczelna zajęła się rejestracją Fundacji „Lekarze – lekarzom”, podjęciem uchwały w sprawie najbliższego Krajowego Zjazdu Lekarzy (w terminie 20-22. III.2014 r.) oraz procedurami postępowania z lekarzami ukaranymi za granicą po ich powrocie do kraju.

Ad 10

W dalszej części obrad Rady Prezes przedstawił krótką informację z ostatniego posiedzenia Rady OOW NFZ. Zajmowano się na niej m.in. sprawą elektronicznego wykazu ubezpieczonych świadczeniobiorców (eWUŚ). Prezes przekazał, że poinformował Dyрекcję i Radę Fundu-

szu, że będzie namawiał wszystkich świadczeniodawców, aby w trakcie weryfikowania ubezpieczenia, w przypadku czerwonej lampki, od razu żądali oświadczenia pacjenta.

Drugim tematem była informacja na temat stanu negocjacji kontraktów na przyszły rok. Dyrektor OOW NFZ stwierdził, że termin zakończenia negocjacji mija 30 listopada. Propozycje finansowe wysłane zostały do 788 świadczeniodawców. Odpowiedź odesłało 763, w tym 30 odrzuciło te propozycje i z nimi trwają rozmowy. W tej grupie są trzy szpitale. Dyrektor Nowak wyraził jednak nadzieję, że wszystkie rozmowy zakończą się uzyskaniem porozumienia.

Następnie głos zabrał kol. Latała, który poinformował o dwóch wspólnych szkoleniach Oddziału Opolskiego PTS i Komisji Stomatologicznej, na których w charakterze osób prowadzących szkolenie goszczono profesorów z ośmiennych ośrodków klinicznych.

Kol. Hamryszak przedstawiła krótką informację o spotkaniu przedstawicieli organizacji i instytucji Opolszczyzny z Premierem Tuskiem, które odbyło się w Opolu w dn. 26 listopada br., dotyczącym powołania specjalnej strefy demograficznej w naszym województwie.

Kol. Wojtyłko zrelacjonował przebieg konferencji Opolskiego Oddziału PTP poświęconego stresowi u dzieci.

Kol. Suzanowicz przekazała krótką informację o konferencji nt. restrukturyzacji w opiece zdrowotnej.

Ad 11

W sprawach różnych kol. Karoń przedstawił problem karania lekarzy za nieprawidłowe wypisanie recept. Temat ten wywołał burzliwą dyskusję, w której kilku członków Rady zabierało głos podając przykłady takich działań Funduszu.

Prezes przedstawił podobną sprawę dotyczącą lekarza-emeryta i treść pisma, jakie wystosował do Dyrektora OOW NFZ w Opolu w związku z tą sprawą. Jednocześnie zaproponował, aby w najbliższym (styczniowym) numerze Biuletynu zamieścić informację dla lekarzy emerytów, dotyczącą wystawiania recept dla siebie i rodziny.

Prezes poddał pod głosowanie propozycję dofinansowania powstałego ostatnio chóru izbowego kwotą 1000 zł. Propozycja została przyjęta jednogłośnie.

Dalej kol. Jakubiszyn zapoznał zebranych z wyrokiem Sądu Najwyższego w sprawie niepowoływania przez niektóre izby swoich przedstawicieli do komisji konkursowych jako formy protestu przeciwko nowym regulacjom w tej materii. SN stwierdził, że żadna izba nie może uchylać się od tego obowiązku.

Na zakończenie Prezes zapoznał członków Rady z bieżącą korespondencją. Następnie, wobec wyczerpania programu posiedzenia Rady zostało ono zamknięte.

Sekretarz ORL
lek. Jerzy B. LACH

Prezes ORL
dr med. Jerzy JAKUBISZYN

SPOTKANIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ

Dnia 29 listopada 2012 r. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej. Zebranych powitała przewodnicząca dr Barbara Hamryszak. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia - dr Anna Szczombrowska oraz pan Andrzej Walasiak z Wydziału Informatyki w opolskim NFZ. Było to spotkanie informacyjne dla lekarzy w związku z wejściem w życie od 1 stycznia 2013 r. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), która daje pacjentom i świadczeniodawcom prawo elektronicznego potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych. W związku z zapisami ustawy, NFZ uruchomił ogólnopolski system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców (eWUŚ). Świadczeniodawcy, którzy nie uzyskali jeszcze dostępu do w/w systemu, powinni zgłosić się do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu i złożyć odpowiednie wnioski. W celu umożliwienia Świadczeniodawcom dopełnienia formalności w uzyskaniu dostępu do eWUŚ Opolski Oddział NFZ **wydłużył we wtorki (tj. w dniach 4, 11 oraz 18 grudnia br.) godziny pracy do 18.00**. Szczegółowe instrukcje, jak uzyskać dostęp do systemu eWUŚ i informacje, jak z niego korzystać znajdują się

na stronie http://www.nfz-opole.pl/ewus/ewus_komunikat_24-11-2012.html.

Wprowadzenie nowego systemu wywołało ożywioną dyskusję, której kluczowym problemem był sposób regulowania płatności za wykonane usługi w przypadku braku informacji o ważnym ubezpieczeniu pacjenta w systemie eWUŚ. Przedstawiciele NFZ jasno wyjaśnili, że w takim przypadku pacjent składa w gabinecie stosowne oświadczenie o prawie do uzyskania świadczeń, a w przypadku podania nieprawdziwych informacji, NFZ będzie dochodził należności za świadczenia od pacjenta. Kluczowym elementem całego procesu jest jednak potwierdzenie tożsamości pacjenta **na podstawie dokumentu z wpisanym nr PESEL**. Będą to więc: dowód osobisty, paszport, prawo jazdy - a w przypadku dzieci objętych obowiązkiem szkolnym do ukończenia 18 roku życia - aktualna legitymacja szkolna. Pacjenci będą mogli również poświadczać swoje prawo do świadczeń za pomocą dokumentów papierowych, np.: zaświadczenia z zakładu pracy, legitymacji emeryta lub rencisty, aktualnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Na tym zakończono zebranie.

Sekretarz *Przewodnicząca KS*
lek. dent. Jerzy DRZYŻGA *lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

50 LAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO – UZUPEŁNIENIE

W związku z otrzymaniem nowych – starych materiałów dotyczących PTS na Opolszczyźnie, dla sprostowania i uzupełnienia artykułu z poprzedniego Biuletynu Informacyjnego przedstawiam obszernie fragmenty sprawozdania z 1977 r. naszego oddziału.

PTS Opole 1962 – 1977 (15 lat)

Oddział Polskiego Towarzystwa w Opolu ma swój początek w roku 1962. Z inicjatywy lekarzy terenowych Opolszczyzny, kol. Bronisława Bródki, Jana Pogorzelskiego, Leszka Sawińskiego, Adama Duniewskiego oraz ówczesnego przewodniczącego Zarządu Oddziału PTS w Katowicach, kol. Stefana Knapika, sekretarza kol. Anny Jaworskiej i kol. Władysława Zalewskiego, powołano przy Oddziale PTS w Katowicach Koło Terenowe w Opolu. Opiekunem z ramienia Oddziału został kol. Tadeusz Gucze. Koło to, rozwijając ożywioną i owocną działalność na całym terenie Opolszczyzny, usamodzieliło się i w 1967 r. Powstał w Opolu Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Pierwszym przewodniczącym został kol. Bronisław Bródka. W następnych kadencjach przewodniczyli Zarządowi kol. Jan Pogorzelski i kol. Leszek Sawiński. Aktualnie (w roku 1977 – przyp. WL), funkcję przewodniczącego Oddziału piastuje kol. Jerzy Werner.

Poza działalnością naukowo-informacyjną mającą szczególne znaczenie dla lekarzy terenowych województwa nie posiadającego Akademii Medycznej, prowadzi-

no działalność szkoleniową i to zarówno jako szkolenie podyplomowe, jak i – co należy mocno podkreślić – szkolenia związane z uzyskaniem specjalizacji przez lekarzy stomatologów.

Rozwinięto również formy życia towarzyskiego członków Oddziału. Oddział w Opolu zorganizował wzorowo Ogólnopolski Zjazd Stomatologów – Ortodontów. Oddział współpracuje z Polskim Towarzystwem Lekarskim. Z uwagi na fakt, iż większość jego członków to wychowankowie Śląskiej i Wrocławskiej AM, szczególnie mocno związał się z wymienionymi uczelniami. Aktualna (w roku 1977 – przyp. WL), liczba członków Oddziału wynosi 246. Członkom mającym specjalne zasługi dla rozwoju Oddziału przyznano 2 złote i 5 srebrnych odznak honorowych PTS. Kol. Leszek Sawiński jest członkiem Komisji Rewizyjnej przy Zarządzie Głównym PTS.

Jak wynika ze sprawozdania pierwszym przewodniczącym Koła Terenowego w Opolu był dr Bronisław Bródka, o którym nie wspominałem w moim sprawozdaniu. Następnym był dr Jan Pogorzelski, który został również pierwszym przewodniczącym Oddziału. Natomiast pierwszym wybranym Przewodniczącym Oddziału był dr Leszek Sawiński. Być może przy następnym Jubileuszu wyjdą nowe fakty, o których mam nadzieję poinformować.

Lek. stom. Wiesław LATAŁA

Serdecznie zapraszamy

na

Jubileuszowy 25. Bal Stomatologa

który odbędzie się w salach hotelu „Festival”
dnia 12 stycznia 2013 r.

Kontakt tel.: 77/452-09-24, 606-665-202

KALENDARZ WYBORCZY

2012 r.

Grudzień

- Do 31 grudnia Okręgowa Rada Lekarska powinna podjąć uchwałę o utworzeniu rejonów wyborczych, ustaleniu liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata oraz o minimalnej i maksymalnej liczbie członków rejonu wyborczego.

2013 r.

Styczeń

- Do 19 stycznia powinny ukazać się listy członków poszczególnych rejonów wyborczych.

Luty

- Do 18 lutego odbywa się przyjmowanie wniosków lekarzy o umieszczenie ich na liście innego rejonu wyborczego.

- Do 28 lutego Okręgowa Komisja Wyborcza (OKW) ustala i publikuje ostateczne listy członków poszczególnych rejonów wyborczych.

Marzec

- Do 1 kwietnia przyjmowane są zgłoszenia kandydatur lekarzy na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Kwiecień

- Do 15 kwietnia opublikowana zostaje uchwała podjęta przez OKW o zamknięciu listy kandydatów w danym rejonie wyborczym.
- Od 16 kwietnia do samych wyborów trwa kampania wyborcza.

Maj–czerwiec

- Do 30 czerwca przeprowadzone zostają wybory w rejonach.

Lipiec

- Do 15 lipca OKW podejmuje uchwałę o wynikach wyborów i ewentualnie ogłasza kolejną turę wyborów.

Sierpień–wrzesień

- Na 6 tygodni przed planowanym terminem Okręgowego Zjazdu Lekarzy winny zakończyć się głosowania w kolejnych turach wyborów.

Październik–grudzień

- W okresie od 19 października do 7 grudnia powinien odbyć się Okręgowy Zjazd Lekarzy.

2014 r.

Marzec

- W dniach 20–22 marca w Warszawie odbędzie się XIII Krajowy Zjazd Lekarzy.

NIEPŁODNOŚCI MAŁŻEŃSKA DWORU JAGIELLOŃSKIEGO I KRÓLÓW ELEKCYJNYCH

Jadwiga Andegaweńska (1372–99)

Jako 14-letnia dziewczynka w roku 1386 poślubiła Wielkiego Księcia Litewskiego Jagiełłę, który od ojca chrzestnego księcia Władysława Opolczyka (namiestnika Rusi Czerwonej i fundatora Klasztoru Paulinów na Jasnej Górze) otrzymał imię Władysław.

Jadwiga posądzana była o nieplodność i dopiero po 12 latach małżeństwa, ku wielkiej radości otoczenia zaszła w ciążę. Sam ówczesny papież Bonifacy IX, kiedy dowiedział się, że nowa dynastia Jagiellonów (Polska uchodziła za bastion chrześcijaństwa na Wschodzie) oczekuje potomka zgodził się zostać ojcem chrzestnym noworodzącego się dziecka. Niestety Jadwiga urodziła przedwcześnie córkę nazwaną Elżbietą (na cześć matki i babki Łokietkówny) i Bonifacją (na cześć papieża Bonifacego IX). Elżbieta Bonifacja zmarła po dwóch tygodniach, zaś królowa Jadwiga tydzień później - 17 lipca 1399 r. Najprawdopodobniej przyczyną jej śmierci było zakażenie połogowe. Może świadczyć o tym fakt, że komnaty królowej Jadwigi znajdowały się w tzw. „Kurzej Stopce” Wawelu podziwianej



od stron ul. Grodzkiej. Z „Kurzej Stopki” w tamtych czasach wylewano wszystkie nieczystości z Wawelu za mury obronne.

Aleksander Jagiellończyk (1461–1505)

Syn Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszanki, wstąpił na tron po śmierci swojego starszego brata Jana Olbrachta (bezżennego i bezdzietnego). W roku 1494 poślubił 18-letnią piękną córkę cara moskiewskiego Iwana III Srogiego (nie mylić z carem Iwanem IV Groźnym) Helenę Rurykiewiczówną. Mimo, że byli zgodnym i kochającym się małżeństwem ponad 10 lat nie doczekali się potomstwa i na tron wstąpił jego młodszy brat Zygmunt, nazwany później Starym. Helena Rurykiewiczówna zwana w Polsce Moskwką do końca życia pozostawała wierna Prawosławiu, dlatego też pochowani zostali oddzielnie - Aleksander jako jedyny król Polski w Katedrze Wileńskiej, zaś Helena Rurykiewiczówna w ufundowanej przez siebie cerkwi Przemysławki Bogurodzicy w Wilnie.



Zygmunt August (1520–72)

Syn Zygmunta Starego i Bony Sforzy Aragońskiej z Bari. O niepłodność męską króla można podejrzewać jego matkę Bonę (1494–1567). Otóż Bona bardzo wcześnie zadbała o edukację swojego pierworodnego syna. Nauczycielką seksu została 40-letnia dwórka królowej Bony niejaka Diana di Cordone, która poza tajnikami seksu przekazała Zygmuntowi Augustowi przywleczoną przez wyprawy Krzysztofa Kolumba chorobę neapolitańską (podczas oblężenia Neapolu przez Francuzów) nazwaną później chorobą galijską, chorobą francuską, przymiotem dworskim a wreszcie syfilisem. Diana di Cordone po odesłaniu przez Bonę do Włoch zmarła wśród objawów tej choroby.

Zygmunt August pozostawał niepłodny, ponieważ nie doczekał się potomstwa z trzema żonami:

Elżbietą Habsburżanką (ślub w roku 1543), która zmarła z powodu padaczki w roku 1546 w wieku 19 lat,

Barbarą Radziwiłłówną (ślub w roku 1547), która zmarła w roku 1551 prawdopodobnie z powodu raka szyjki macicy w wieku 31 lat,

Katarzyną Habsburżanką, siostrą Elżbiety (ślub w roku 1553). Chorowała również, jak jej siostra, na epilepsję (co ukrywał ich ojciec Ferdynand Habsburg), ostatecznie została wydalona z Wawelu po 13 latach małżeństwa z Zygmuntem Augustem w roku 1556, zmarła w klasztorze w Linzu w roku 1572 w wieku 39 lat.

Po jej wyjeździe Zygmunt August miał związek z mieszczką warszawską niejaka Barbarą Giżowską, która przed jego śmiercią w roku 1571 miała urodzić córkę.



Stefan Batory (1533–86)

Trudno mówić o niepłodności Stefana Batorego, księcia Siedmiogrodu (obecnie Transylwania na terenie Rumunii). Warunkiem wyboru go podczas elekcji na tron polski było poślubienie córki króla Zygmunta Starego i królowej Bony 50-letniej Anny Jagiellonki. Ślub 40-letniego Stefana Batorego z Anną Jagiellonką odbył się 1 maja 1576 r. Anna Jagiellonka nie grzeszyła urodą, cierpiała na zaawansowaną próchnicę zębów i poważne dolegliwości reumatyczne (nie było to niezwykle zjawisko w tamtych czasach).



Nic więc dziwnego, że Stefan Batory w łóżnicy Anny Jagiellonki wg kronikarzy spędził tylko 2 lub 3 noce, poświęcając całe swoje panowanie wojnom z carem Iwanem IV Groźnym (Wielkie Łuki, Połock) o Inflanty (obecna Łotwa). Nic też dziwnego, że niektórzy złośliwcy podejrzewali Stefana Batorego o impotencję.

Michał Korybut Wiśniowiecki (1639–73)

Syn legendarnego bohatera sienkiewiczowskiego „Ogniem i mieczem” księcia Jeremiego Wiśniowieckiego poślubił w roku 1670 córkę cesarza austriackiego Ferdynanda III Habsburga. Wg Pawła Jasienicy Michał Korybut Wiśniowiecki był „zdziwaczałą” i impotentny, nosił niezbyt wówczas modne peruki, malował sobie usta i policzki. Po jego śmierci żona Eleonora z drugim mężem Karolem Lotaryńskim miała sześćoro dzieci.



Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

KOLEJNA NAGRODA NASZEGO KOLEGI

Nasz wielce utytułowany Kolega z Kędzierzyna-Koźla – dr **Jan SAGAN** do swojej bogatej kolekcji dołączył kolejną nagrodę. W Konkursie Fotograficznym Lekarzy zorganizowanym przez Częstochowską Izbę Lekarską za swoje zdjęcie otrzymał wyróżnienie w kategorii „Relanium”. Publikując nagrodzone zdjęcie i dyplom bardzo serdecznie gratulujemy sukcesu.



STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA – REAKTYWACJA

Stresowy Złaz Medyka odbędzie się w dniach 31 maja – 2 czerwca 2013 r. Zarezerwowaliśmy dla wszystkich chętnych noclegi w Ośrodku „Jonny’s Apartments” w Starym Gierałtowie (www.jonnys.pl) w Dolinie Białej Łądeckiej.

Wstępnie przewidujemy trzy generalne trasy: ambitną, mniej ambitną i wybitnie emerycką. Tak naprawdę zależeć to będzie od pogody, woli walki i siły ducha uczestników, bo trzeba pamiętać, że za „dawnych czasów” czyste wędrowanie zajęłoby odpowiednio 8, 4 i 2 godziny.

Program Złazu obejmuje:

- 31 maja (piątek) – dojazd na noclegi do Starego Gierałtowa, rozlokowanie się i „nocne Polaków rozmowy” z grillowaniem przy ognisku, gitarach, śpiewie i ...
- 1 czerwca (sobota) – po śniadaniu wymarsz na trasy, następnie powrót do Gierałtowa i wieczorem **koncert z udziałem „Wolnej Grupy Bukowina” i Jurka Filara.**
- 2 czerwca (niedziela) – śniadanie i rozjazd do domów.

Oplata wpisowa wynosi 350 zł i obejmuje: znaczek, śpiwnik z niespodzianką, noclegi, śniadania w sobotę i niedzielę, piątkowe grillowanie z piwem, obiadokolację w sobotę oraz koncert. Istnieje możliwość przyjazdu w Boże Ciało, tj. w czwartek 29 maja z dodatkową trasą w piątek. W takim przypadku opłata wynosić będzie 420 zł i obejmować będzie wszystkie powyżej wymienione atrakcje oraz dodatkowy nocleg i śniadanie.

Wpłaty należy dokonywać na **konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001** do dnia 31 marca 2013 r. z dopiskiem (b. ważne!!!!) **Stresowy Złaz Medyka AM 19xx** (te xx to końcówka roku zakończenia studiów – jej podanie ułatwi nam planowanie tras).

Uwaga! W przypadku wyczerpania miejsc noclegowych w „Jonny’s Apartments” zapewniamy miejsca w najbliższych hotelowi domach prowadzących działalność agroturystyczną.

W razie wątpliwości prosimy o kontakt. Czekamy na Wasze zgłoszenia

Jerzy LACH
jerzy.lach@poczta.onet.pl

Ryszard ŚCIBORSKI
sciborski@poczta.onet.pl

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Kierownik Biura Opolskiej Izby Lekarskiej przypomina Szanownym Koleżankom i Kolegom, że na lekarzu ciąży obowiązek pisemnego zgłaszania następujących informacji:

- o dacie i miejscu rozpoczęcia pracy po zakończeniu stażu podyplomowego,
- o zmianie miejsca zatrudnienia,
- o terminie rozpoczęcia i zakończenia urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
- o dacie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotnej,
- o dacie przejścia na emeryturę bądź rentę (kserokopia decyzji wydanej przez ZUS),
- o dacie zaprzestania pracy zarobkowej (oświadczenie),
- o zmianie adresu zamieszkania i adresu do korespondencji,
- o dacie wyrejestrowania praktyki indywidualnej bądź grupowej,
- o dacie zawieszenia praktyki, np. w związku z chorobą, urlopem wychowawczym, wyjazdem za granicę.

Z kolei Skarbnik Opolskiej Izby Lekarskiej informuje, że na każdym członku Izby - zgodnie z uchwałą 8/08/V z 4 kwietnia 2008 r. Naczelnej Rady Lekarskiej

– ciąży obowiązek odprowadzania na konto Izby comiesięcznej składki członkowskiej. Składka ta wynosi:

- **40 zł dla lekarza/lekarza dentysty;**
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty emeryta**, który:
 1. ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
 2. ukończył 65 lat w przypadku mężczyzny albo 60 lat w przypadku kobiety oraz złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,
 - b) kopię decyzji emerytalnej,
 - c) zaświadczenie o przychodach za rok poprzedni (ew. PIT 36 lub 37 z roku poprzedzającego złożenie wniosku), w którym udokumentowane jest, iż nie został przekroczony przychód w wysokości 24.084 zł, nie wliczając świadczenia emerytalnego;
- **10 zł dla lekarza/lekarza dentysty rencisty**, który:
 1. ma już ustaloną przez izbę lekarską składkę w wysokości 10 zł miesięcznie,
 2. złoży odpowiednie dokumenty do OIL:
 - a) podanie do Prezydium ORL o ustalenie wysokości składki członkowskiej na 10 zł/miesiąc z zaznaczeniem okresu wnioskowanego,

b) kopię decyzji rentowej;

• **10 zł dla lekarza stażysty/lekarza dentysty stażysty**, z wyłączeniem członków OIL, którzy już posiadają pełne prawo wykonywania zawodu.

• **Zwolniony z opłat członkowskich** może być:

1. lekarz/lekarz dentysta, który złoży podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o zwolnienie z konieczności opłacania składki członkowskiej z zaznaczeniem okresu wnioskowanego oraz:

a) udokumentuje brak przychodów za okres wnioskowany (zaświadczenie o przychodach, ew. PIT 36 lub 37) lub przedstawi zaświadczenie z urzędu pracy określające okres pozostawania osobą bezrobotną (od - do),

b) jest emerytem w pełnym wieku emerytalnym (65 lat w przypadku mężczyzny, 60 lat w przypadku kobiety) i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,

c) jest rencistą i złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu,

2. lekarz/lekarz dentysta, który zrzeknie się prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich lekarze wyjeżdżający za granicę, którzy nie zrzekli się w Rzeczypospolitej Polskiej prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, a tym samym nadal pozostają członkami Okręgowej Izby Lekarskiej, są zobowiązani do opłacania składki członkowskiej na rzecz Izby. Jednocześnie informujemy, iż fakt skreślenia lekarza z listy członków Izby Lekarskiej z powodu zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu, nie powoduje automatycznego anulowania należnych składek członkowskich. Ww. dokumenty należy składać w Opolskiej Izbie Lekarskiej,

Składki należy wpłacać na następujący numer konta: Opolska Izba Lekarska, PKO BP I Oddział Opole 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277.

LISTY DO REDAKCJI

Robert Bukalski
Żytniów, dn. 14.11.2012 r.
46-325 Żytniów 181
tel. 691 668 454

W. Sz. Pan Doktor
Jerzy B. Lach
Redaktor Naczelny
Biuletynu Informacyjnego OIL

Szanowny Panie Redaktorze,

Pozwalam sobie przesłać kilka uwag, do których skłoniła mnie lektura zamieszczonego przez Pana w listopadowym numerze Biuletynu artykułu p.t. „Drogo leczyć, czy tanio marnować?”, z podtytułem: *Rozmowa z Katarzyną Kolasą, ekspertem do spraw ochrony zdrowia Forum Obywatelskiego Rozwoju*.

Artykuł zainteresował mnie między innymi ze względu na tytuł, po którym pozwoliłem sobie spodziewać się, że może ktoś wreszcie zaczyna dostrzegać to, że z funkcjonowania chronicznie i głęboko niedoinwestowanej polskiej ochrony zdrowia nie są zadowoleni ani pacjenci, ani pracownicy, ani decydenci, bo funkcjonując ciągle na skraju bankructwa nie jest ona ani ekonomiczna, ani efektywna. To tak jakby strzelać do przeciwnika z działa częściowo nabitego; huk i dym będzie na pewno, z osiągnięciem celów zdecydowanie gorzej, i co gorsza wszyscy mają pretensje do obsługi działa, a to, że dostawca lichej amunicji jest sprawcą problemu, jakoś nikomu się w oczy nie rzuca. Ale po co mamy ekspertów do spraw

ochrony zdrowia, przecież to oni właśnie, jako ci światlejsi od innych, powinni odsłaniać nieracjonalne i nieekonomiczne zjawiska oraz mechanizmy, a następnie postulować ich przekształcanie w kierunku poprawy szeroko rozumianej efektywności całej branży. Ciekaw zatem co na interesujący mnie i tak ciągle gorący temat ma do powiedzenia Pani Ekspert Katarzyna Kolaszka rozpoczynając lekturę artykułu, i dowiaduję się od razu że skala marnotrawstwa pieniędzy w polskiej ochronie zdrowia jest olbrzymia, a dzieje się tak - zdaniem Pani Ekspert – dlatego, że w Polsce lekarz poz przyjmujący średnio 50 osób dziennie, zamiast odbyć z pacjentem trwającą ok. 30-45 minut rozmowę o wszystkim, a na odchodnym udzielić mu kilku cennych rad jak żyć, w ciągu 5-10 minut przeprowadza wywiad, bada, stawia diagnozę i wypisuje leki, czyli zdaniem Pani Ekspert robi źle bo odsyła pacjenta z kwitkiem - chodzi o receptę. Z dalszej wypowiedzi Pani Ekspert wynika, że prawdopodobnie była w jednym z krajów skandynawskich, albo ktoś Jej opowiedział coś na temat tamtejszej służby zdrowia, i wie o tym, że tam pacjentowi w gabinecie lekarza poz poświęca się więcej czasu niż w Polsce, ale niestety za tą wiedzą nie poszła refleksja typu: dlaczego tak się dzieje? Pani Ekspert wie od razu, bo przecież jest ekspertem, i dlatego przyjęła a priori, że ta różnica wynika ze złych nawyków w polskiej ochronie zdrowia, z „...mentalności lekarzy, decydentów i pacjentów.” **Nie chodzi tu bynajmniej Pani Ekspert o to, że złym nawykiem decydentów jest traktowanie w Polsce ochrony zdrowia jako branży, na którą przeznaczają się pieniądze**

na poziomie Rumunii, a wymagania stawia na poziomie Niemiec, nie, Ona uważa, że decydenci źle robią dlatego, że na tak źle - jej zdaniem - funkcjonującą ochronę zdrowia płacą cokolwiek, i to jest właśnie to olbrzymie marnotrawstwo...

Pani Ekspert wygłasza również kilka cennych haseł w stylu: „...akcji prozdrowotnych jest sporo, ale ciągle za mało...” i dający obraz Jej wiedzy na temat funkcjonowania obecnego systemu tekst: „I lekarz rodzinny musi być premiovany nie za liczbę udzielonych świadczeń, ale za ich jakość mierzoną ogólnym stanem zdrowia podopiecznych.” Skąd u Pani Ekspert pomysł, że w naszym systemie ochrony zdrowia lekarz poz jest płatny „od sztuki”???

A tak przy okazji – postulat pani Ekspert już się *de facto* realizuje, bo w systemie kapitałowym, większe dochody ma ten lekarz, którego pacjenci rzadziej odwiedzają - bo mniej wydaje na ich obsługę i diagnostykę, ale to niekoniecznie musi być dowodem na dobry ogólny stan zdrowia tychże pacjentów...

Brak znajomości realiów, plus operowanie bardzo ogólnikowymi hasłami o potrzebie promowania zdrowego trybu życia i zachęcanie do wydawania pieniędzy podatników na bliżej nieokreślone akcje prozdrowotne, to niestety dominujący obecnie obraz tzw. **eksperta do spraw ochrony zdrowia** w Polsce.

Zatrudnianie na stanowiskach eksperckich ludzi, którzy z jednej strony są niedouczeni, a z drugiej zbyt

wygodni lub za mało krytyczni aby uruchomić u siebie jakiegokolwiek procesy myślowe, byłoby dość zabawne, gdyby nie to, że z ich ułomnych opinii korzystają decydenci, którym ciągle nawoływanie do nie zwiększania nakładów na ochronę zdrowia jest bardzo na rękę. Z tego całego eksperckiego bełkotu wyłania się następująca konkluzja, która niestety jest obecnie w Polsce obowiązującym prawem, a wygląda to tak: „Nie należy teraz dofinansowywać polskiej ochrony zdrowia nie dlatego że jest biedna i z tego powodu potyka się w realizacji nakładanych na nią zadań, a ze względu na wieloletnie zaniedbania jest w stanie skonsumować każdą dodatkową kwotę. Trzeba poczekać, aż polska ochrona zdrowia sama, bez pomocy finansowej, przekształci się tak, że nie tylko pospłaca swoje obecne długi i zacznie generować zyski, ale też osiągnie poziom niemieckiej czy francuskiej. Wtedy będzie zasługiwała na ew. zwiększenie finansowania.”

Ogłupiałym od słuchania siebie samych tzw. ekspertom do spraw ochrony zdrowia i ich wdzięcznym klientom – decydom podpowiadam, że ten scenariusz da się zrealizować, trzeba jedynie wyeliminować z systemu pacjentów, bo to oni generują największe koszty...

Pozdrawiam serdecznie i życzę dużo zdrowia,

Robert BUKALSKI
Lekarz poz

ETYKA

MIĘDZY HIPOKRATESEM A „HEALTH ECONOMICS”

We współczesnym systemie ochrony zdrowia, nie tylko w Polsce, pieniędzy zawsze jest za mało a apetyty rosną w miarę postępu nauk medycznych, postępu który toczy się w zawrotnym tempie. Jak więc sprawiedliwie dzielić te szczupłe nakłady? Jak organizować system ochrony zdrowia i jak nim zarządzać, by uzyskać najwyższą efektywność społeczną, nie tracąc równocześnie z oczu praw i interesów jednostki? To pytania niesłychanie aktualne, na które odpowiadać muszą wszyscy uczestnicy systemu lecznictwa od polityków, urzędników państwowych i menedżerów kierujących poszczególnymi jednostkami, po szeregowego lekarza a nawet pielęgniarkę czy położną.

Te właśnie, najtrudniejsze kwestie podejmują kolejne, ogólnopolskie Konferencje Bioetyczne organizowane w Krakowie przez Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Tematem przeprowadzonej w październiku br. III Konferencji były „Etyczne problemy zarządza-

nia w służbie zdrowia” i wpisany w proces zarządzania konflikt między potrzebami a możliwościami.

- *Nasz kraj przechodzi trudny proces reformowania służby zdrowia* - powiedział na wstępie organizator konferencji prof. Jan Hartman z Zakładu Filozofii i Bioetyki CM UJ. - *Jednym z elementów tych reform jest proces komercjalizacji całego systemu. Wiara w komercjalizację ma w niektórych kręgach wymiar niemal mistyczny, a przecież cele biznesowe nie przekładają się wprost na efekty lecznicze. W rodzący się, nowy system wpisane są immanentnie napięcia o charakterze etycznym - naszym obowiązkiem jest zdawać sobie z tego sprawę i poszukiwać rozwiązań, które byłyby do przyjęcia dla stron konfliktu.*

- *Idealem byłoby* - powiedział dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum prof. Tomasz Brzostek - *gdyby lekarz mógł być wolny od uczestnictwa w takich decyzjach. Tymczasem względy ekonomiczne stają się najsilniejszym elementem czysto medycznych decy-*

zji. Umowa z NFZ, instytucją nadzorującą przede wszystkim stronę finansową procesu leczenia, staje się często „być albo nie być” gabinetu lekarskiego czy szpitala. Te wszystkie napięcia odbijają się także na sytuacji uczelni kształcącej personel medyczny, przed której kadrą staje pytanie o to, ile w absolwencie medycyny powinno być z Hipokratesa, a ile z „health economics”?

- Wiele wskazuje dziś na to, że władza chętnie przerzucałaby odpowiedzialność za zdrowie na samego obywatela - stwierdzał dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ prof. Tomasz Grodzicki. - Jako członek rady nadzorczej ZUS nie mogę tracić z pola widzenia trudności państwa, ale za efekty zaniedbań w ochronie zdrowia jako podatnicy i obywatele płacimy zbyt drogo. Od 12 lat jestem konsultantem krajowym do spraw geriatry i współpracowałem z kilkoma ministrami, jednak widzę, że ciągle odradza się tendencja, by traktować zdrowie jak towar, a to niedopuszczalne!

Dramaty nierówności

To prawda - przyznał b. minister zdrowia, a dziś dyrektor dużego warszawskiego szpitala dr Marek Balicki - że kwestie bioetyczne powinny w sposób wyrazisty ważyć na decyzjach w skali państwowej. Widzimy wyraźnie, że w Polsce dramatycznie narastają nierówności społeczne, które mają odzwierciedlenie także w dziedzinie zdrowia. Nierówności dochodowe stawiają nas na 5 miejscu wśród krajów OECD o najwyższych nierównościach, przy czym na miejscu ostatnim z najmniejszymi nierównościami, znajduje się bogata Dania. Niezbędne jest zbudowanie, przy udziale otwartej debaty publicznej, polityki strukturalnej, która wyraźnie określi cele w dziedzinie ochrony zdrowia i skalę kierowanych na ten cel środków. Wraz z narastaniem kryzysu w wielu państwach europejskich, które wydają na zdrowie więcej pieniędzy niż Polska znajdująca się niemal na samym dole tabeli wśród krajów OECD, podnoszą się głosy o konieczności takiej otwartej rozmowy o wielu trudnych sprawach, której my unikamy jak ognia. W Portugalii, tamtejsza krajowa Rada Etyki Nauk Życia otwarcie stawia problem skali finansowania leczenia onkologicznego, którego roczny koszt (o ile nie ma gwarancji sukcesu) nie powinien przekraczać trzykrotnego wskaźnika PKB na głowę mieszkańca. Od innej strony ten sam problem podejmuje Słowacja, gdzie premier Fico żąda od dwóch prywatnych ubezpieczalni grupujących bogatszych pacjentów, skierowania pewnych kwot do tej „trzeciej”, państwowej, mocno niedoinwestowanej. U nas tymczasem ciągle mówi się o konieczności „dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego”, co otwarcie daje przywileje bogatszym. Jedno jest pewne - stwierdził Balicki, cytując autorytet - prof. Alana Maynarda obecnie wykładającego w Nowym Jorku, konsultanta Światowej Organizacji Zdrowia, rządu brytyjskiego, Banku Światowego i Unii Europejskiej, zaangażowanego w reformę systemu ochrony

zdrowia na Cyprze, w Grecji, Tajlandii, Botswanie, RPA, szeregu państw Ameryki Łacińskiej, Chin, Litwy, Łotwy i Rosji. - Na pewno nasze zasoby są ograniczone i pewne jest też, że umrzemy. Wynika z tego konieczność racjonowania zasobów, ale dziś jest ono „mechaniczne”, a nie „dyrektywne”. Tymczasem to racjonowanie musi realizować dwie podstawowe zasady - zasadę sprawiedliwości i zasadę solidarności. Dziś w Polsce zaczyna przeważać opcja „wolnorynkowa” przy czym rynek nie jest ani bardziej sprawiedliwy ani efektywniejszy. Dobrym przykładem jest tu historia „świńskiej grypy”. Całkowite zaniechanie importu szczepionki, prezentowane jako sukces pani minister, ma też paradoksalny skutek. Oto w rezultacie nastąpił o 50% spadek liczby szczepień na grypę sezonową, rzutując proporcjonalnie na wzrost zwolnień, a więc także na gospodarkę.

Przedsięwzięcie moralne

Postępującą komercjalizację ochrony zdrowia widać choćby w ustawie o działalności gospodarczej, gdzie leczenie traktowane jest jako „działalność zarobkowa”, a nie działalność „użyteczności publicznej”, której celem nie jest zysk, a „zaspokojenie zbiorowych potrzeb ludności”. A przecież - jak zauważył nestor polskich bioetyków prof. Kazimierz Szewczyk (UM w Łodzi) - medycyna to przede wszystkim przedsięwzięcie moralne! Czy zatem lekarz albo jego „szef” - dyrektor szpitala, może uchylać się od swych obowiązków, gdy od początku wpajamy studentom postawę „Salus aegroti suprema lex esto”? To prawda, że w III wieku n.e. lekarz miał obowiązek odstąpienia od łóżka chorego, gdy stwierdzał, że jego wiedza medyczna nie pozwala go uratować, ale wiele wskazuje na to, że była to tylko korporacyjna zasłona. Nawet dziś, powiedzmy sobie szczerze, w procesie leczenia tylko w 50% decyduje lekarska wiedza. W pozostałej części rozstrzygają czynniki nieprzewidywalne. Tymczasem od czasów Pasteura lekarze wolą częściej mówić o „nadziei” niż o „szansach”, a Kornel Gibiński, założyciel i przewodniczący Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, członek New York Academy of Sciences i Royal Society of Medicine, wręcz oświadczał, że „lekarze leczą śmierć”. Trudno o większy brak odpowiedzialności, bo wszyscy jesteśmy śmiertelni i musimy mówić o tym pacjentom otwarcie!

Tymczasem rzeczywisty postęp wiedzy medycznej traktowany jest jako gwarancja dotarcia do nieśmiertelności, mimo istnienia licznych barier, poczynając od naturalnej kruchości ludzkiej egzystencji, poprzez niepewności decyzyjne nieodłącznie związane z zawodem lekarza, a kończąc na „nieredukowalnym deficycie środków finansowych”.

Jak godzić przeciwieństwa?

- Dlatego tak ważne znaczenie ma godzenie celów zdrowotnych z gospodarnością - podkreślała, reprezen-

tująca nauki ekonomiczne, prof. Stanisława Golinowska (CM UJ) - *bo efektywność to najbardziej racjonalne korzystanie z ograniczonych zasobów. - Dla ekonomisty nie ulega jednak wątpliwości, że mechanizmy rynkowe są dla zdrowia publicznego mechanizmem zawodnym!* - stwierdziła otwarcie pani profesor. W dodatku mamy do czynienia z niedojrzałością i zawodnością aparatu państwa. Modne ciągle u nas, choć już przebrzmiałe, bo wywodzące się z doktryn Maxa Webera, „nowe zarządzanie publiczne” absolutyzuje elementy rynku i choćby z tego powodu winno być badane z wielką ostrożnością. Co w zamian? Etyka i stały dialog, dzięki któremu pojawia się szansa uzyskania konsensusu w najtrudniejszych sprawach, a przede wszystkim merytoryczne przywództwo. W instytucjach ochrony zdrowia nie mogą decydować zewnętrzne, narzucone kryteria, prawo, procedury czy ekonomia, a jedynie konkretna osoba - skądinąd też przecież niedoskonała. Zarządzanie w ochronie zdrowia to znacznie więcej niż profesja, szczególnie, że w Polsce nie mamy wyraziście określonej „doktryny” zdrowia publicznego i konflikt między „służebnością” a „finansami” jest nierozwiązalny.

Między misją a oczekiwaniami

Jak zatem „zarządzać ciągłym kryzysem w szpitalnej opiece nad chorymi?” - zastanawiał się prof. Piotr Zaborowski (UM w Warszawie, UWM w Olsztynie), „Między misją a oczekiwaniami rynku” próbował pomieścić instytucje medyczne prof. Michał Musielak (UMP), podnosząc „Etyczne aspekty zarządzania szpitalem klinicznym”. Referenci (w tym dr Tomasz Bochenek CM UJ) podejmowali trudne kwestie relacji między technologiami medycznymi, a etyką zarządzania w systemie opieki zdrowotnej. Założenia „Powszechnego i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce” omawiali Anna Jacek i Sławomir Porada (WM Uniw. Rzeszowskiego).

W referatach i dyskusji powracała kwestia modelu służby zdrowia (kasy chorych czy NFZ?) co omawiał Ja-

rosław Barański (AM we Wrocławiu). Nie unikano oczywiście aspektu „sprawiedliwości” w systemie zdrowotnym (prof. Cezary Włodarczyk i Michał Zabdyr-Jamróż - CM UJ). Ale to są oczywiście tylko okrucieństwa wieloletniej i chwilami frapującej rozmowy o polskiej niezamównej medycynie...

Niezgoda na zło świata

- *Odpowiedzialność to centralny wymóg etyczny zarządzania w służbie zdrowia, choć wiele tu pułapek, w tym choćby naskórkowo rozumiany funkcjonalizm* - podkreślał w podsumowaniu konferencji prof. Jan Hartman. Samo słowo „odpowiedzialność” niesie w sobie treści, które mogą być owej „odpowiedzialności” przeciwieństwem. Odpowiedzialność łac. *respondere* to odpowiadanie komuś na pytanie, czyli niejako zdawanie sprawy przełożonemu z jakiegoś działania. A jednak odpowiedzialność, szczególnie odpowiedzialność lekarza, to także gotowość brania na siebie zła całego świata, niezawinionego ani przez lekarza, ani przez jego pacjenta.

Ścisłe wiązanie „odpowiedzialności” z przepisami prawa, kontraktem, tak naprawdę sprzeniewierza się głębokiemu, etycznemu rozumieniu tego pojęcia. Systemy biurokratyczne w tym choćby system ochrony zdrowia, rozbudowują metody ochronne nastawione na redukcję, rozproszenie, wreszcie eliminację odpowiedzialności. Bo przecież winny jest „system”.

W sytuacji niedoboru konieczne są wyraźnie zdefiniowane priorytety i już sama gotowość do rozmowy na ten temat jest ważnym wyzwaniem etycznym. Elementarnym wyznacznikiem powinna być przejrzystość procesu podejmowania decyzji, a że w Polsce nie mamy takiej doktryny to żyjemy w głębokiej hipokryzji. Udamy, że wszystko możemy, a tymczasem możemy nie za wiele! Paradoksalnie, z pomocą przychodzi fakt, że znaczna część ludzi w Polsce nie chce się leczyć...

Filip RATKOWSKI

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/12)

CZY WIEMY, KIEDY UMIERA CZŁOWIEK?

Byłem członkiem komisji weryfikującej polskie kryteria rozpoznawania śmierci mózgu zamieszczone następnie w Obwieszczeniu ministra zdrowia z 17 lipca 2007 r. Z racji pełnionej tam funkcji odniosę się do najważniejszych medycznych aspektów polemicznego artykułu doc. Andrzeja Lewandowicza, zamieszczonego w „Pulsie” 6-7/2012 w odpowiedzi na tekst prof. Wojciecha Rowińskiego „*Kiedy umiera człowiek?*”.

Na wstępie należy wyraźnie podkreślić, że rozpoznanie śmierci mózgu upoważnia do stwierdzenia zgonu człowieka, co staje się podstawą do zakończenia leczenia nieuzasadnionego od tego momentu. Uprawnia to

nas do zaniechania wszystkich form terapii, z wentylacją włącznie, czyli wyłączenia respiratora. Zakończenie „leczenia” zmarłego umożliwia zaprzestanie utrzymywania w niepewności jego rodziny, umożliwia odblokowanie drogiego łóżka intensywnej terapii, na którym mógłby być leczony potrzebujący tego chory, dla którego czasami trudno znaleźć miejsce. Poza tym nieuzasadnione „leczenie” z zastosowaniem wszystkich inwazyjnych procedur intensywnej terapii staje się w pewnym sensie niepotrzebną profanacją zwłok i należałoby zadać sobie pytanie, czy chcielibyśmy, aby takie postępo-

wanie było prowadzone w stosunku do nas albo do naszych bliskich.

Prawo zezwala na pobranie narządów ze zwłok. Jeżeli więc nie zaistnieją przeciwwskazania medyczne związane z wiekiem, zakażeniem, chorobą nowotworową, a także przeciwwskazania formalne związane z wcześniejszym sprzeciwem zmarłego lub jego prawnych opiekunów, przez kilka godzin podtrzymujemy w warunkach intensywnej terapii funkcje życiowe organizmu po to, aby umożliwić przyjazd zespołów transplantacyjnych pobierających narządy.

Trudno zgodzić się z opinią doc. Andrzeja Lewandowicza, że od czasu publikacji Deklaracji z Sydney z 1968 r. trwają spory w sprawie sposobów rozpoznawania śmierci mózgu. Otóż w większości krajów co pewien czas weryfikowane są kryteria rozpoznawania śmierci mózgu, co wynika z postępu wiedzy medycznej i dostępności coraz doskonalszych narzędzi diagnostycznych. Przy okazji pragnę poinformować Szanownych Czytelników, że 30-31 maja 2012 r. uczestniczyłem w światowym forum kilkudziesięciu ekspertów opracowujących międzynarodowe wytyczne stwierdzania śmierci dla potrzeb Światowej Organizacji Zdrowia. Sporów generalnie nie było. Staraliśmy się opracować definicje uwzględniające aktualny postęp wiedzy medycznej i odrębności kulturowe. Jednocześnie pragnę Szanownych Państwa poinformować, że opracowywane wytyczne dotyczyły kryteriów śmierci, niekoniecznie w związku z działalnością transplantacyjną. Wielokrotnie w czasie dyskusji podkreślano, że procedurę rozpoznawania śmierci mózgu możemy rozpocząć po wyczerpaniu wszystkich dostępnych metod leczenia i po rozpoznaniu przyczyny aktualnego stanu chorego.

Cytowane przez doc. Andrzeja Lewandowicza informacje z książki ojca Jacka Marii Norkowskiego „*Medycyna na krawędzi*”, w brzmieniu: „*Tym bardziej że mimo spełnienia kryteriów »śmierci mózgowej« mogą być zachowane pewne integrujące funkcje mózgu, jak funkcje wydzielnicze przysadki i podwzgórza, funkcja ośrodków termoregulacji, naczynioruchowego, co jest dowodem na zachowanie minimalnego krążenia koniecznego do utrzymania tkanek mózgu przy życiu*”, nie są dowodem na zachowanie funkcji mózgu. Otóż śmierć mózgu jest w swym mechanizmie podobna do podpotylicznego przerwania rdzenia kręgowego. Po poprzecznym uszkodzeniu rdzenia kręgowego pojawia się tzw. wstrząs rdzeniowy z towarzyszącym spadkiem ciśnienia tętniczego. Po pewnym czasie rdzeniowe ośrodki współczulne odzyskują autonomię i powraca zdolność utrzymania ciśnienia krwi w organizmie porażonego człowieka, mimo niekwestionowanego przerwania dróg łączących rdzeń kręgowy z mózgiem. Wracają także somatyczne odruchy rdzeniowe.

Podobne mechanizmy pojawiają się w zakresie termoregulacji. Podstawowe podręczniki fizjologii podają, że część ośrodków termoregulacji znajduje się w rdze-

niu przedłużonym, który u zmarłego ze śmiercią mózgu pozostaje ukrwiony i żywy. No i na koniec w sprawie czynności przysadki mózgowej. Znajduje się ona pod przeponą siodła tureckiego, w miejscu anatomicznie chronionym przed wzrostem ciśnienia śródczaszkowego. Może więc tam być szczątkowo ukrwiona i częściowo zachowywać swoją funkcję, co nie zmienia faktu śmierci mózgu.

Polemizując z prof. Wojciechem Rowińskim, doc. Andrzej Lewandowicz pisze: „*Co z przypadkami osób opisanymi przez Alana Shewmona, które przeżyły mimo orzeczenia »śmierci mózgowej« (Neurology 1998;51:1538)*”. Tu chciałbym zaznaczyć, że posługując się piśmiennictwem naukowym, wypadałoby zapoznać się z oryginalnym tekstem. Nie uczynił tego doc. Andrzej Lewandowicz, podobnie jak nie uczynił tego ojciec Jacek Maria Norkowski i w podobny sposób obydwa panowie dezinformują czytelników. Otóż w artykule tym opisane są przypadki dłuższego niż tydzień funkcjonowania sztucznie podtrzymywanych organizmów chorych z rozpoznaną śmiercią mózgu. Alan Shewmon przeanalizował 12.200 przypadków, z czego w 175 dokonano formalnego rozpoznania śmierci mózgu, ale jedynie w 56 uzyskał informacje wystarczające do metaanalizy. Określenie „survival” użyte w tym artykule dotyczy wyłącznie przetrwania przez pewien czas pozostałej „pozamózgowej” części organizmu, dzięki zastosowaniu zaawansowanych technologii intensywnej terapii.

Tylko w jednym przypadku przytoczonym przez Alana Shewmona organizm dziecka funkcjonował przez 14 lat, z czego przez ostatnich sześć - wentylowany w domu, z odżywianiem przez gastrostomię. Śmierć mózgu nastąpiła w wyniku jego obrzęku w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Późniejsze badania wykonywane w ciągu tych 14 lat wykazały niezmiennie utrzymywanie się cech śmierci mózgu, brak odruchów pniowych, brak przepływu mózgowego, izoelektryczne EEG, trwały bezdech, a jama czaszki wypełniona była błoniastymi strukturami i płynem białkowym. Przypadek ten jest przywoływany również w książce „*Medycyna na krawędzi*” jako jeden z koronnych dowodów na nieistnienie śmierci mózgu, choć sam Alan Shewmon nie podaje w wątpliwość prawidłowości rozpoznania śmierci mózgu.

Przedstawione dezinformacje mogą w katastrofalny sposób wpływać na wiedzę społeczeństwa, w tym także społeczności medycznej. Wszak nikomu nie przyjdzie do głowy podejrzenie, że doświadczony lekarz oraz ksiądz mogą świadomie bądź nieświadomie poświadczać nieprawdę w sprawach zasadniczych. Obydwie przyczyny podawania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym są skrajnie niefortunne.

Kwestionowana przez doc. Andrzeja Lewandowicza próba bezdechu w istocie może prowadzić do szkodliwej denaturacji i hiperkapnii. Dlatego wykonywana jest ja-

ko ostatnia, po spełnieniu wszystkich innych badanych kryteriów śmierci mózgu. Jednocześnie we wszystkich kryteriach istnieje zalecenie, żeby badanie to przerwać, gdyby w jego przebiegu stan badanego uległ jakemukolwiek zachwianiu.

Doc. Andrzej Lewandowicz, komentując różnice między narodowymi kryteriami rozpoznawania śmierci mózgu, pisze: „*brak jednolitych kryteriów prowadzi także do paradoksu, że pacjent uznany za zmarłego w jednym kraju, według kryteriów z innego wcale nie musiałby być określony »zmarłym«*”. I tu pragnę poinformować Szanownych Państwa, że wszystkie aktualnie stosowane narodowe kryteria rozpoznawania śmierci mózgu są bardzo podobne i w swoim podstawowym schemacie obejmują identyczne zasady związane z obowiązkiem rozpoznania przyczyny i nieodwracalności uszkodzenia mózgu oraz bezwzględnej nieobecności odruchów pniowych i trwałego bezdechu. Podstawowe różnice dotyczą zalecanego czasu obserwacji oraz zasad stosowania instrumentalnych badań potwierdzających.

W tym momencie ponownie zaproponowałbym, aby doc. Andrzej Lewandowicz wszedł w posiadanie pełnego tekstu cytowanego przez siebie artykułu Alana Shewmona i zapoznał się z nim. Autor analizuje przypadki rozpoznania śmierci mózgu z całego świata dokonywanych według narodowych kryteriów. I w żadnym z nich nie doszło do cofnięcia się śmierci mózgu. Podsumowując, w żadnym kraju nie istnieją liberalne kryteria rozpoznawania śmierci mózgu, po których precyzyjnym zastosowaniu mogłoby się okazać, że śmierć mózgu nie dokonała się i mózg zaczął ponownie funkcjonować.

Doc. Andrzej Lewandowicz pyta: „*Czy mimo »ściśle określonych« kryteriów przyjętych przy orzekaniu »śmierci mózgowej« nie są możliwe pomyłki, jak autorzytatywnie postuluje prof. Rowiński?*” I tu chciałbym zaznaczyć, że wszędzie tam, gdzie pracują ludzie, istnieje możliwość popełnienia błędu. Przecież znane nam są przypadki stwierdzenia zgonu w oparciu o „tradycyjne” rozpoznanie nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Donosi o tym od czasu do czasu prasa. Jednakże we wszystkich tych przypadkach możliwe jest udowodnienie niedotrzymania obowiązujących procedur i za-

niedbań. Aby uniknąć podobnych zdarzeń w przypadkach rozpoznawania śmierci mózgu, opracowywane są bardzo szczegółowe kryteria, a uprawnienie do rozpoznawania śmierci mózgu mają doświadczeni specjaliści z dziedzin określonych stosownymi przepisami.

Doc. Andrzej Lewandowicz pisze: „*Fakt, że komuś »przeszkadza bijące serce«, mimo że »pacjent został uznany za zmarłego« (z reguły przez zupełnie inny zespół, z innego oddziału), nie oznacza braku profesjonalizmu, ale ludzką wrażliwość i kierowanie się rozsądkiem*”. Myślę, że znany z fizjologii fakt bicia izolowanego serca żaby, czy fakt bicia przeszczepionego serca są zjawiskami powszechnie znanymi. W obydwóch tych przypadkach fakt braku jakiegokolwiek połączenia serca z mózgiem wydaje się być niepodważalny. Wiadomo, że serce posiada własny automatyzm i może zachować zdolność kurczenia się, dopóki nie ulegnie niedotlenieniu i nie wyczerpie swoich zasobów energetycznych.

W Polsce, tak jak w innych krajach, prowadzone są wśród personelu medycznego szkolenia mające na celu wyjaśnienie fizjologicznych podstaw obserwowanych zjawisk. Najczęściej po takich szkoleniach wątpliwości uczestników są wyjaśniane. Podobne wątpliwości dotyczące odruchów rdzeniowych i bicia serca zgłaszają czasem rodziny chorych, u których rozpoznano śmierć mózgu. Wielokrotnie prowadziłem także rozmowy z tymi rodzinami i najczęściej bez problemów udawało mi się wyjaśnić naturę obserwowanych zjawisk.

Na zakończenie chciałbym wyrazić opinię powszechną i moją osobistą również, że pobieranie narządów ze zwłok może mieć miejsce wyłącznie w przypadkach, w których stwierdzenie zgonu nie budzi najmniejszych wątpliwości, niezależnie od tego, czy zgon rozpoznawany jest po stwierdzeniu śmierci mózgu, czy też nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Natomiast wszelkie wątpliwości powinny być rozwiewane w trakcie rzeczowych dyskusji, a przytaczane fakty i cytowania powinny odpowiadać rzeczywistości.

*Prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz
kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie*

(przedruk z „Pulsu” nr 9/12)

ŻYCIE POZA WARTOŚCIAMI TO UTOPIA

Etos lekarski jest wyspą obmywaną przez morze egoizmu społecznego. Zalecenia etyczne odnoszące się do powinności lekarzy muszą być zatem, jak pisał Fryderyk Schiller, wewnętrzną koniecznością. Doskonalenie moralne nie istnieje bez przekonania o jego słuszności – **twierdzi dr n. hum. Jarosław Barański.**

Magdalena Łachut: *Etyka medyczna, lekarska i moralność to synonimy?*

Dr Jarosław Barański: Pojęcia te, wbrew powszechnemu przekonaniu, nie są tożsame. Etyka ogólna opisuje, bada, wyjaśnia rzeczywiste ludzkie zachowania oraz normy i zasady, które regulują tymi zachowaniami. Etyka medyczna to szczegółowa postać etyki normatywnej, odnosząca się przede wszystkim do postępowania przedstawicieli medycyny. Etyka lekarska, traktowana w potocznym ujęciu jako uposażenie moralne me-

dyków, stanowi zaś refleksję nad obowiązkiem zawodowym lekarzy.

Po co lekarzowi Kodeks etyki lekarskiej? Czy rzeczywiście medykowi ukształtowanemu moralnie potrzeba szczegółowych wskazań, jak ma się zachowywać, wszak istnieją w nas – a przynajmniej istnieć powinny – naturalne hamulce...

Przede wszystkim, proszę pamiętać, że wszyscy ulegamy wątpliwościom, moralnemu zagubieniu czy bezradności. Stajemy przed wyborami moralnymi i szukamy racji. Wiedza etyczna i kodeksy deontologiczne to aż i tylko drogowskaz... Moralne problemy i konflikty rozstrzygać musimy indywidualnie, problem tkwi w tym, jak owe rozstrzygnięcia uzasadniamy. Pyta Pani, po co medykowi ukształtowanemu moralnie Kodeks etyki lekarskiej? Nie istnieją przecież ludzie moralnie doskonali, którzy wyczerpali możliwości bycia lepszym człowiekiem. Lekarz bez wątplenia potrzebuje wskazówki, które ułatwią mu podejmowanie decyzji w codziennej praktyce. Kodeks etyki lekarskiej właśnie ukazuje zakres lekarskich powinności, który umożliwia, jeśli się je respektuje, uprzedzenie sytuacji niewłaściwych, tak dla pacjenta, jak i medyka. Na tym właśnie polega fenomen Kodeksu. Prawo takim narzędziem nie jest – mówi, czego nie wolno, nie mówi zaś, jak tego uniknąć. KEL dostarcza wiedzy na temat właściwego postępowania. I wbrew pozorom, nie jest ona ani zdawkowa, ani formalna. Wiedza ta kryje się w interpretacjach, jest dostępna dzięki zastosowaniu tego narzędzia filozoficznego. Pracując nad niektórymi aksjologicznymi aspektami relacji lekarza z pacjentem, zastanawiałem się ostatnio, co gwarantuje zachowanie intymności i prywatności pacjenta. Odpowiedź na to pytanie tkwi w Kodeksie. Okazuje się bowiem, że podstawą, na której buduje się zdolność do zachowania intymności i prywatności, jest życzliwość. Jeśli więc lekarz poszukuje wsparcia etycznego, to na pewno znajdzie je w KEL.

Mówi Pan o fenomienie Kodeksu... Nie sądzi Pan jednak, że prawo jest w wielu sprawach właściwszym adresem i sądzić niż KEL?

Prawo – tak jak już wspomniałem – nie reguluje w sposób wyczerpujący postępowaniem lekarskim. Samo, bywa, dotkliwie opóźnione, choćby w kwestii regulacji zapłodnienia in vitro. W Polsce – nie bez przyczyny – od wielu lat trwa intensywna dyskusja na ten temat. I nie dotyczy ona jedynie tejże procedury, ale moralnego uprawnienia do stosowania takich, jakby rzekł Sloterdijk, antropotechnologii, które narodziny człowieka czynią przedmiotem opcjonalnego wyboru, także z możliwością genetycznej modyfikacji. Proszę zatem zauważyć, że pewne sporne kwestie przestają być dyskusją ideową, a stają się ideologiczną, a nawet politycznym targiem. Nie zawsze kompetentni w rozstrzyganiu tak poważnych problemów politycy i dziennikarze formułują racje, które, w gruncie rzeczy, nie są odzwierciedleniem społecz-

nych wartości. Mają intencję ukształtowania czyichś poglądów na swoje podobieństwo.

Gdy spór ideowy staje się ideologicznym szanse na konsensus są niewielkie. Jeśli tak kontrowersyjna kwestia jak procedura zapłodnienia in vitro nie zostanie rozstrzygnięta, lekarz będzie „skazany” wyłącznie na swoje sumienie?

Ale dlaczego skazany? Sumienie to wspańskie narzędzie. Nie postrzegam go jako kaprysu partykularyzmu działającego na zasadzie – służy mi coś albo też nie; chce mi się albo nie mam ochoty, lecz jako coś, co związane jest z ugruntowanym systemem wartości, którego posiadanie nie zawsze przynosi korzyści indywidualne. Lekarz musi dysponować takim narzędziem, ponieważ dzięki temu może ochronić siebie i innych przed krzywdą. Doskonale znany w dolnośląskim środowisku lekarskim prof. Julian Kornobis zwykł mawiać: „Społeczeństwa rządzące się tylko prawami są słabe i łatwo rozpadają się pod wpływem różnych nieszczęść. Społeczeństwa, w których żywe pozostają ideały, oprą się największym klęskom i nic nie zagrazi ich bytowi”. Etyka i sumienie są zatem równie potrzebne, jak prawo, a nawet bardziej. Dziś możemy powiedzieć, że o wiele częściej jest postępować zgodnie z Kodeksem, niż posługując się prawem: istnieje bowiem dość jednoznaczna opinia, choćby wyrażana przez uczestników niedawnej konferencji „Etyczne problemy zarządzania w służbie zdrowia” w Krakowie, że medycyna jest „przeregulowana” prawem. I ten proces się pogłębia, ku zgrozie lekarzy i zarządzających placówkami zdrowotnymi.

Prof. Julian Kornobis interpretację KEL opierał na światopoglądzie chrześcijańskim. Zastanawiam się jednak, czy bez religii rzeczywiście nie ma etyki? Zdaje się, że to dość powszechne przekonanie...

Religia nie jest jedynym dysponentem najwyższych wartości, które ludzie wyrażają lub pragną wyrażać. Należy nie tylko przypuszczać, ale i mieć pewność, że osoby, które nie wierzą, posiadają zdolność do rozumienia wyższych wartości i, co ważniejsze, do postępowania zgodnie z nimi. Nie tylko wiara nas chroni przed złem, ale i dobre wychowanie, cnoty, które posiadamy i które w sobie mozolnie kształtujemy. Medyk-agnostyk jest w stanie podzielać te wszystkie wartości, którym hołdują wierzący, konieczne dla właściwego, humanitarnego, obchodzenia się z chorym. Etyczna tradycja hipokratejska sięga 500 lat przed narodzinami Chrystusa, można więc jej zaufać również w tym, że umiłowanie człowieczeństwa jest zasadniczym rysem charakteru lekarza.

A jeśli, abstrahując od wiary lub niewiary, wartości w człowieku brak. Co może zdziałać KEL, gdy moralność i sumienie lekarza są „wypaczone”?

W każdej grupie zawodowej, której stawia się wysokie wymagania etyczne, są ci, którzy nie zasługują na przynależność do niej. Śmiem twierdzić, że w środowisku lekarskim jest takich lekarzy o wiele mniej, niż obie-

gowo się to przyznaje. Jednak o wiele bardziej dotkliwe dla społeczeństwa są skutki ich niewłaściwego postępowania. Stąd to, na wskroś nieżyczliwe, przeświadczenie o powszechnej demoralizacji medyków. A co do Kodeksu – w takiej sytuacji nie zdołał on nic, działać może jedynie izba lekarska. Medyk, który ma „wypaczone” sumienie, w istocie, z punktu widzenia powinności etycznych, nie posiada go wcale.

Jakie jeszcze cechy, umiejętności predysponują do bycia lekarzem? Czy przyszłych adeptów sztuki medycznej powinno się badać pod kątem predyspozycji do wykonywania zawodu? Psychotesty mogłyby pomóc?

Gdyby kompetencje etyczne, umiejętności, predyspozycje przyszłych adeptów medycyny były w pełni rozwinięte, to jaki sens miałyby studia, a tym bardziej zajęcia z etyki? Studia oraz praktyka lekarska służą kształtowaniu kompetencji instrumentalnych i moralnych. Człowiek uczy się sam, ale od tego jest również uczelnia, czyli wykładowcy bądź środowisko pracy. Wyposażają studenta lub młodego lekarza w narzędzia samokształcenia, dają przykład swoim postępowaniem. Fenomen lekarza polega na tym, że dysponuje on przywilejem nieustannego samokształcenia. Nigdy nie jest się bowiem na tyle dobrym, by nie móc uczynić się lepszym. Pyta Pani o psychotesty – nie zdadzą egzaminu, ponieważ prędzej czy później znajdą się w Internecie... Egzaminy należałoby oprzeć na modelu angielskim, w którym, specjalnie do tego powołana komisja – zaznaczmy, osób kompetentnych, nie z wyznaczenia – ustala na podstawie preferencji przyszłego studenta, jaki zakres wiedzy i umiejętności powinien on posiadać. Osobie nastawionej na osiągnięcie wyników naukowych stawia się wówczas wyższe wymagania na egzaminie niż tej, która podczas rozmowy wykaże się pewnymi cechami osobowości i charakteru koniecznymi dla codziennej pracy szpitalnej z pacjentem.

Skoro mowa o nauczaniu... Jest Pan dydaktykiem – jak wygląda i jak wyglądać powinno kształcenie studentów medycyny w zakresie etyki?

W tym roku akademickim – w związku z nowelizacją przepisów ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i działalności leczniczej – wykład z etyki lekarskiej został przeniesiony z ostatniego semestru 6. roku studiów na 3. Jest to bardzo pozytywna zmiana. Kształcenie jest punktem wyjścia, a nie dojścia. Sądzę jednak, że zajęcia te powinny mieć wsparcie, koniecznie, w seminarium. Wykład nie wyczerpuje problemów i celów dydaktycznych. Mam nadzieję, że na Wydziale Lekarskim pojawią się, jak to już jest na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym, semina z etyki, zaś na tym ostatnim – wykład. Uzasadniam to od lat prawie dwudziestu. Nie argumenty są za słabe, lecz siła głosu. Dlaczego przywiązuję do seminariów tak dużą wagę? Semina służą nie tylko lekturze, interpretacji i dyskusji, ale umiejętności oceny moralnej, właściwych wyborów i kształtowania sie-

bie jako dobrego lekarza. Zalecenia etyczne odnoszące się do powinności lekarzy muszą być, jak mawiał Schiller, wewnętrzną koniecznością. Dlatego należy wyposażać studentów w narzędzia intelektualne, za pomocą których będą mogli nad sobą pracować i właściwie oceniać swoje postępowanie nie tylko z chorym.

Nie sądzi Pan, że etyki lekarskiej powinno się nauczać przez cały okres studiów?

Etyka bez wątpienia powinna towarzyszyć przyszłym adeptom sztuki lekarskiej przez cały okres studiów, ale nie zawsze w postaci określonych zajęć: semina na roku pierwszym, później wykład z elementami bioetyki. Dalej kluczową rolę odgrywają w tym przypadku zajęcia kliniczne, podczas których – nie w teorii, a w praktyce – studenci uczą się właściwego postępowania z pacjentem. Klinicyści prowadzący te zajęcia, pracownicy dydaktyczni uczelni, formułują konkretne zasady postępowania. Nie można zatem powiedzieć, że z etyką lekarską studenci stykają się wyłącznie podczas wykładów. Uczelnia powinna utwierdzać i kształtować tę szlachetną potrzebę niesienia pomocy cierpiącym, a ta potrzeba stymuluje dalej samorozwój moralny.

Konieczność wewnętrzna (czyt. etyka lekarska) to jedno, a konieczność ekonomiczna (czyt. finansowe założenia NFZ i MZ, które przekładają się na działalność placówek medycznych) to drugie. Usłyszałam ostatnio, że pacjentowi cierpiącemu z powodu stopy cukrzycowej – z punktu widzenia ekonomicznego – nogę lepiej amputować niż leczyć. Co w tej sytuacji powinien zrobić lekarz, bo stoi w ewidentnym rozkroku...

Lekarz zawsze wie, a przynajmniej wiedzieć powinien, jak należy postąpić. Wszak nie służy Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Greckie słowo *therapeia* oznacza służenie, ale odnosi się jedynie do chorego. Proszę pamiętać, że ekonomia nie jest koniecznością, natomiast sumienie owszem. Przykładowo, szpital akademicki opiekował się dwiema dziewczynkami. Obie miały wrodzony zespół nerczycowy, którego nie było na liście procedur refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjentce z Opola zrefundowano leczenie, a wrocławiance nie. Jaka tutaj istnieje konieczność ekonomiczna? Obie małe pacjentki były jednak leczone. Nawet jeśli medyk, z powodów czysto finansowych, wchodzi w konflikt z wymogami rachunku ekonomicznego, to i tak, ostatecznie, sam będzie musiał zdecydować, jak postąpi. Tu wartością jest autonomia medyczna, a ta mówi, że należy leczyć zgodnie z potrzebami medycznymi pacjenta i zgodnie z aktualną wiedzą lekarską. Według mnie lekarze muszą i opowiadają się za rzeczywistymi potrzebami pacjentów. Jeśli te potrzeby nie są zaspakajane poprzez refundację NFZ tzn., że jest to problem społeczny oraz polityczny, i tego rzecz jasna lekarz rozstrzygnąć nie może. Nie ulega wątpliwości, że pozycja lekarza staje się coraz trudniejsza: z jednej strony jest pod presją NFZ, z innej – pod presją potrzeb i oczekiwań pacjen-

ta. Profesor Zaborowski puentuje tę sytuację prosto – lekarz jest między młotem a kowadłem. Nie taka powinna być jego rola. Przyznam jednak, że nie jestem tutaj optymistą – czekają nas wstrząsy aksjologiczne związane z dystrybucją świadczeń medycznych. Jak się odnajdziemy, w sytuacji kolapsu finansowania świadczeń medycznych i z kryteriami czysto utylitarystycznymi, z dwu i pół tysiącletnią tradycją etyczno-lekarską, przyznam, nie potrafię przewidzieć.

Na refundację NFZ lekarz wpływu nie ma, ale na relację z pacjentem realnie oddziałującą na poziom etyczny uprawianego zawodu i owszem...

Zwykliśmy postrzegać pacjenta jako osobę całkowicie bierną, tymczasem model współpracy – preferowany w dzisiejszym systemie demokratycznym – zakłada obustronną aktywność i współdziałanie. To od lekarza i chorego zależy, jakie zajdą między nimi relacje. Jeśli pacjent uzna, przykładowo, że medyk w jakikolwiek sposób go uraził lub skrzywdził, powinien mu to wyraźnie zasygnalizować. Od szczerości jednak się ucieka, a szczerość to podstawa zaufania. Lekarz, który potrafi naprawić swój błąd, jest w stanie odbudować nadwyrężone zaufanie i ujawnić, że zależy mu na dobru pacjenta, odsłaniając tym samym swoje szlachetne intencje. Jeśli pacjent uzna, że nie rozumie swojej sytuacji medycznej, powinien dopytać, rozważyć z lekarzem, jako partnerem, swoje zastrzeżenia, wątpliwości i obawy. Życzliwość ze strony lekarza i zaufanie pacjenta do niego jest gwarantem poprawnej relacji.

Przyzna Pan jednak, że w komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem czasem coś jednak szwankuje? Przydałaby się medykom edukacja w tym zakresie?

W 2000 r., wraz z profesorem Waszyńskim i profesorem Steciwko wydałem podręcznik zatytułowany „Komunikowanie się lekarza z pacjentem”. W tym roku ukazała się kolejna publikacja pod redakcją profesora Steciwki i moją pt. „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem”. W tej chwili przygotowujemy się do wydania następnego kompendium wiedzy „Relacja lekarz – pacjent”. To odpowiedź na oczekiwania środowiska lekarskiego. Edukacja w sferze komunikowania się z pewnością jest potrzebna, dlatego, prawdopodobnie, powołany zostanie do życia nowy przedmiot dydaktyczny dotyczący komunikowania się i porozumiewania się lekarza z pacjentem. Tak, są takie zajęcia pożyteczne, ale ważne jest również, w jaki sposób będą prowadzone i przez kogo. Moim zdaniem zajęcia te powinny mieć charakter interdyscyplinarny i angażować dydaktyków z wielu dziedzin, którzy w tym zakresie mają wieloletnie doświadczenie. Ważne jest także opracowanie ich formuły, która będzie miała charakter warsztatowy z wykorzystaniem aktywnych metod. Siłą rzeczy taka edukacja wymaga nakładów finansowych.

W relacji lekarz – pacjent ważną, jeśli nie najważniejszą, rolę odgrywa tajemnica lekarska. Zdolność do

jej zachowania wytwarza atmosferę zaufania i intymności. Czy lekarz powinien zatem milczeć nawet wtedy, gdy wie, że zaszkodzi tym osobie trzeciej?

Jeśli istnieje bezpośrednie zagrożenie życia, a nie zachowanie tajemnicy lekarskiej może uchronić kogoś od jego utraty, lekarz nie może milczeć. Ochrona życia, będącego wartością prymarną, to jego powinność moralna. Kodeks etyki lekarskiej i Ustawa o zawodzie lekarza uwzględniają odstępstwa od ogólnie przyjętej zasady. Pozwoli Pani, że odwołam się do pewnego amerykańskiego kazusu, który doskonale obrazuje to, o czym mówię. Leczący się psychiatrycznie pacjent zwierzył się lekarzowi, że zamierza zabić swoją byłą dziewczynę. Ów medyk informację tę chciał ujawnić, ale przełożony go powstrzymał i zniszczył dokumentację medyczną dotyczącą pacjenta. Pacjent dziewczynę zamordował. Sędziowie jednoznacznie orzekli, że powinność ochrony ludzkiego życia zwalnia z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej – „zachowanie” jej, w tej konkretnej sytuacji, było zwykłym nieudzieleniem minimalnej pomocy.

Wiele mówi się o relacji lekarz – pacjent, znacznie rzadziej wspomina się zaś o stosunkach pomiędzy samymi medykami... KEL zabrania lekarzowi publicznego krytykowania innego lekarza. Złamanie tej normy może prowadzić do daleko idących konsekwencji. Czy taka regulacja w odniesieniu do Konstytucji RP i z punktu widzenia dobra publicznego nie stanowi ograniczenia wolności słowa?

Kodeks zabrania dyskredytowania, nie zaś wyrażania opinii. To zasadnicza różnica. Co jednak ważne – lekarz powinien unikać pochopnego, nierozważnego i bezkrytycznego wydawania sądów na temat kolegów. Nie zachowując ostrożności w tej materii skrzywdzić można nie tylko lekarza, ale i pacjenta, zazwyczaj w imię nieuczciwej konkurencji między lekarzami. Pamiętajmy, że granica pomiędzy wyrażaniem subiektywnej opinii, a dyskredytacją bywa płynna. Podważając bezpodstawnie wiarygodność innego medyka podważa się istotę zawodu lekarza – trzeba mieć tego świadomość. Krytyczne, czyli uzasadnione, sądy służą jej ochronie. Lekarz styka się z krytyką przez całe swoje życie zawodowe, bez niej bowiem istnieć nie może ani wiedza medyczna, ani praktyka kliniczna. Jednak dotąd sądy lekarskie jakkolwiek publiczną wypowiedź lekarza na temat innego lekarza traktowały jako dyskredytację i karały medyków upomnieniami/naganami. To się zmieniło na skutek orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, który uznał jednoznacznie, że lekarz ma prawo, w interesie pacjenta lub społeczeństwa, wyrazić swoją opinię za pośrednictwem mediów. Jeśli więc mówić o ograniczeniu wolności konstytucyjnej, to tylko w odniesieniu do praktyki orzeczniczej sądów lekarskich.

„Etos zawodu lekarza topnieje, pozostała sama woda” – tak na łamach Gazety Wyborczej w styczniu br. pi-

sala red. Elżbieta Cichocka. Czy Pana zdaniem istnieje potrzeba odnowy godności powołania lekarskiego?

Zgodziłbym się z przytoczonym cytatem, gdyby etos był z lodu... Pozostając przy metaforze – etos lekarski jest wyspą obmywaną przez morze egoizmu społecznego. Lekarz musi kierować się ogólnymi zasadami, nawet jeśli stanowią one opozycję do społecznych tendencji. Wiele, ponad 30%, osób deklaruje, że zamiast ogólnymi zasadami kieruje się wyłącznie własnym interesem. Jest to problem społeczny, jak i indywidualny – rodzi się bowiem pytanie, jak odnaleźć się w świecie będąc często osamotnionym w swojej konieczności wewnętrznej. Na to rady niestety nie ma, bywały sytuacje gorsze cywilizacyjnie i lekarz się odnalazł.

Wzniosłe założenia humanizmu to przeżytek... KEL i etyka lekarska to Pana zdaniem utopia czy realność?

Gdyby mądrość i dobroć była przeżytkiem, to rzeczywiście stalibyśmy w obliczu katastrofy. Życzliwość i szacunek dla innych byłyby wtedy tylko oznaką słabości, a uczciwość wyrazem naiwności. Nie wolno nam za rzeczywistość, w sensie potocznym – akceptowalną, uznać relację, w której ludzie dbają wyłącznie o własny interes kosztem innych. Utopią jest więc przekonanie o tym, że można żyć poza wartościami humanizmu. Na nich opiera się bowiem nasza kultura i na przeświadczeniu o ludzkiej dobroci. Tego właśnie dowodzi codzienna praca lekarza.

Dziękuję za rozmowę.

(przedruk z „Medium” nr 11/12)

PRAWO NA CODZIEN

STAŻE PODYPLOMOWE PO NOWEMU – ZMIANY W PROGRAMACH I DRUKACH DOKUMENTÓW

W dniu 26 września br. minister zdrowia podpisał i skierował do publikacji z datą wejścia w życie w dniu 1 października 2012 r. nowe rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Nowy przepis w większości powtarza zapisy rozporządzenia z dnia 24 marca 2004 r., zmiany w samym tekście rozporządzenia mają charakter wtórny (np. zmiany przyczyn przedłużenia czasu trwania stażu podyktowane zmianami w przepisach dotyczących praw pracowniczych, czy też brak zapisów dotyczących LEP-u i LDE-P-u w związku ze zmianami w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty).

Koordinatorom stażu zwracamy jednak uwagę na zmiany, jakie zostały zawarte w programach staży i wynikających z tego zmian w drukach dokumentów dotyczących odbywania stażu.

Zmiany w programach staży częściowych to:

1) staż z zakresu położnictwa i ginekologii

- dodano w 2.4. badania prenatalne
- dodano w 7.4 – odebranie 3 porodów fizjologicznych i przyswojenie zasad postępowania przy porodach fizjologicznych
- dodano w poz. 7. pkt 10 – zasady rozpoznawania i leczenia dolegliwości okresu menopauzalnego

2) staż w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej

- dodano anestezjologię w wymiarze jednego tygodnia oraz określono program stażu – część Va załącznika nr 1 do rozporządzenia

- odmiennie sformułowano program stażu z intensywnej terapii

– odmiennie sformułowano program stażu z medycyny ratunkowej (część Vb załącznika nr 1 do rozporządzenia), określono miejsca, gdzie staż może się odbywać tj. w klinikach medycyny ratunkowej, oddziałach klinicznych medycyny ratunkowej i szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz dodano zapis, że staż ten jest uzupełniony dwudniowym kursem podsumowującym zagadnienia ujęte w programie organizowanym przez jednostki akademickie prowadzące kształcenie w zakresie medycyny ratunkowej

3) staż z zakresu prawa medycznego

– zmiany w 2. zasady wykonywania działalności leczniczej, wynikające z wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej

- zmieniono w poz. 3 pkt. 5 – ustawiczne doskonalenie zawodowe

4) staż w zakresie stomatologii zachowawczej

- skrócono czas trwania do 10 tygodni (było 11 tygodni)

5) staż z zakresu stomatologii dziecięcej

– skreślono 4. – Postępowanie stomatologiczne w zapobieganiu i leczeniu chorób odogniskowych, a dodano w 4. pkt 9 i 10 – umiejętność wykonywania zabiegów endodontycznych i zastosowania oraz interpretacji badań radiologicznych zewnątrzustnych i zewnątrzustnych

6) staż z zakresu protetyki stomatologicznej

- zmieniono sformułowania

7) staż z zakresu ortodoncji

– zmniejszono czas trwania do 5 tygodni (było 6 tygodni) i zmieniono sformułowania.

Reasumując, największe zmiany dotyczą:

- **dla lekarzy** – anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej **było**:
 - 2 tygodnie intensywnej terapii
 - 1 tydzień kursu z ratownictwa medycznego
 - 3 tygodnie pomocy doraźnej
- **obecnie jest**:
 - 1 tydzień anestezjologii
 - 2 tygodnie intensywnej terapii
 - 3 tygodnie medycyny ratunkowej, w tym 2 dni kursu z ratownictwa medycznego
- **dla lekarzy dentyków**
 - ortodoncji **było** 6 tygodni **jest** 5

– stomatologii zachowawczej **było** 11 tygodni **jest** 10.

Każda nieobecność lekarza stażysty np. choroba, urlop macierzyński, urlop bezpłatny będzie skutkowała przedłużeniem stażu. Dotychczas staż ulegał przedłużeniu po 21-dniowej nieobecności. Wyjątek stanowi urlop.

Określono w nowym rozporządzeniu zasady pełnienia dyżuru – stażysta w trakcie stażu pełni 1 dyżur w tygodniu w wymiarze 10 godzin i 5 minut lub dwa dyżury w tygodniu w wymiarze 5 godzin oraz 5 godzin i 5 minut.

W związku ze zmianami w książeczce stażowej, zostanie przygotowana aktualna wkładka i przesłana jednostkom stażowym.

(przedruk z „Pro Medici” nr 11/12)

PYTANIA DO PRAWNIKA

• **Czy szpital może obciążyć kosztami hospitalizacji rodzinę pacjenta (żonę, dzieci, rodziców), którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych?**

Artykuł 30 ust. 4. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – dalej u.d.z.l. – stanowi wprost, że „*Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych*”. Jak wyjaśniają K. Borowicz, W. Puzoń, M. Ryba w Ustawa o działalności leczniczej z Komentarzem (Warszawa 2012, s. 76), odpowiedzialność wskazanych w art. 30 ust. 4 u.d.z.l. osób ma charakter solidarny, stosownie do art. 366 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. nr 16, poz. 93 z późn. zm.), który stanowi, że „*Kilku dłużników może być zobowiązanych w ten sposób, że wierzyciel może żądać całości lub części świadczenia od wszystkich dłużników łącznie, od kilku z nich lub od każdego z osobna, a zaspokojenie wierzyciela przez którekolwiek z dłużników zwalnia pozostałych (solidarność dłużników)*”.

Wierzycielowi, tj. szpitalowi, służy prawo wyboru, od którego z dłużników solidarnych będzie się domagał zaspokojenia. Obowiązek alimentacyjny ciąży na osobach najbliższych z mocy prawa, a wyrażony jest odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 788) – dalej k.r.o. Artykuł 27 k.r.o. nakłada na małżonków powinność współdziałania dla dobra rodziny

i na tej podstawie możliwe jest wywiedzenie powinności finansowania kosztów, o których mowa w pytaniu. Zobowiązani w dalszej kolejności wskazani są w art. 128 i nast. k.r.o. W ocenie autorki obciążanie kosztami małżonka, dzieci, a nawet rodziców czy rodzeństwa jest zgodne z prawem. Należy jednak każdorazowo weryfikować konkretny stan faktyczny.

Uwagi: autorka przyjęłaby następujący tok postępowania: wezwanie do pokrycia kosztów skierowane do konkretnej osoby bliskiej, o ile jest znana, wraz z fakturą. W kolejnym kroku skierowanie powództwa przeciwko tej osobie. W toku procesu adresat faktury może się bronić zarzutem braku legitymacji biernej, tj. brakiem obowiązku alimentacyjnego. Ten jednak wynika z ustawy – o czym wyżej – a nie z postanowienia sądowego. Tym samym obowiązek pokrycia kosztów wynikający z art. 30 ust. 4 u.d.z.l. nie jest uzależniony od istnienia postanowienia sądowego. Fakturę można wystawić na jedną z osób wskazanych w przepisach Kodeksu rodzinnego i opiekuńskiego (o których wyżej). Nieprzysięgniętemu pacjentowi nie można doręczyć faktury, albowiem próby doręczenia będą nieskuteczne.

Odpowiedzi udzielił ekspert Serwisu
Prawo i Zdrowie: mec. Agnieszka SIENKO
* * *

• **Czy lekarz POZ może wypisać leki z listy leków refundowanych „ze zniżką” na podstawie zaświadczenia z gabinetu prywatnego odpowiedniego specjalisty? Czy bezwzględnie konieczne jest zaświadczenie z poradni posiadającej kontrakt z NFZ i tylko na podstawie takiego zaświadczenia (wydawanego nie rzadziej niż 1 raz w roku) można przepisywać leki z odpowiednią zniżką?**

Udzielając odpowiedzi na powyższe pytanie, należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 12 maja 2012 r.

o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. nr 122, poz. 696 z późn. zm.) - dalej u.r.l. - oraz przepisów znowelizowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) - dalej u.s.o.z. Art. 48 ust. 1 u.s.o.z. stanowi, że udzielanie świadczeń gwarantowanych, m.in. w zakresie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych następuje na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną. Definicję „osoby uprawnionej” zawiera art. 2 pkt 14 u.r.l., zgodnie z którą za osobę uprawnioną uznaje się m.in. lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a więc lekarza, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza lub lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 14 u.s.o.z.).

Lekarzem POZ jest, zgodnie z pkt 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 214, poz. 1816) oraz art. 28 u.s.o.z., lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wybierany przez świadczeniobiorcę spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Z powyższego wynika zatem, że lekarz POZ, będący jednocześnie lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarzem, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł taką umowę, jest co do zasady osobą uprawnioną do

wystawiania recept na produkty refundowane ze środków publicznych.

Możliwość wystawienia przez lekarza POZ recepty na leki refundowane jest jednak uzależniona od dysponowania przez lekarza POZ udokumentowanym rozpoznaniem schorzenia. Stanowisko takie przedstawił NFZ w komunikacie z dnia 10 lutego 2012 r. [„Komunikat dla świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w sprawie stosowania przepisów § 12 ust. 5 i 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.”] (Dz. U. nr 81, poz. 484). We wspomnianym komunikacie wskazano m.in., że „warunkiem koniecznym przy wystawianiu świadczeniobiorcom recept na leki refundowane w przypadku każdego lekarza uprawnionego do wystawiania takich recept jest dysponowanie przez tego lekarza udokumentowanym rozpoznaniem schorzenia — ustalonym samodzielnie lub przez innych lekarzy w związku z prowadzonymi przez nich diagnostyką i leczeniem świadczeniobiorcy”.

Z przywołanych w komunikacie przepisów § 12 ust. 5 i 6 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynika natomiast, że jeżeli rozpoznanie schorzenia pochodzi od lekarza specjalisty, lekarz ten powinien być lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, zdefiniowanym w art. 5 pkt 14 u.s.o.z. (a więc lekarzem, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

*Odpowiedzi udzielił ekspert Serwisu
Prawo i Zdrowie: dr n. praw. Mariusz KONDRAT
(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 12/12)*

SPÓŁKA CYWILNA A PODATKOWE ASPEKTY JEJ FUNKCJONOWANIA

Spółka cywilna i jednoosobowa działalność

Pytanie: Lekarz planuje założenie z dwoma innymi lekarzami spółki cywilnej; oprócz wspólnego działania będą prowadzić dodatkowo odrębne działalności gospodarcze w postaci specjalistycznych praktyk lekarskich. Jak wygląda założenie obu form działalności? Czy najpierw zakłada się swoje działalności, a po założeniu dodatkowo spółkę cywilną, czy nie ma to znaczenia?

Odpowiedź: Spółka cywilna to umowa cywilnoprawna (mająca elementy odrębności podmiotowej). Jeżeli spółka cywilna będzie zawarta w celu prowadzenia działalności gospodarczej, to jej wspólnicy muszą indywidualnie zarejestrować się jako przedsiębiorcy.

Podstawa prawna: Art. 860 Kodeks cywilny z dnia 23.04.1964 z późn. zm.

Przekształcenie działalności gospodarczej – indywidualnej praktyki lekarskiej - w spółkę cywilną

Pytanie: Lekarz, który prowadzi działalność gospodarczą w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, wchodzi ze swoim majątkiem firmowym do spółki cywilnej. Jak powinien przekazać ten majątek? Czy trzeba sporządzić to jakimś aktem notarialnym?

Odpowiedź: Spółka cywilna to umowa cywilnoprawna; następuje kontynuacja działalności. Firma lekarza przystępującego do spółki cywilnej będzie objęta współwłasnością łączną (wkład w postaci nieruchomości wymaga formy aktu notarialnego). Nie ma obowiązku ustalania dochodu na dzień wystąpienia zdarzenia, działalność jest kontynuowana. Czynność polega na wnie-

sieniu (lub inaczej zbyciu) firmy (praktyki lekarskiej), nie występuje podatek

Podstawa prawna: Art. 24 ust. 3, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991.

Wniesienie do używania przez spółkę cywilną prywatnego samochodu

Pytanie: W dwuosobowej spółce cywilnej wspólnicy wniesli do używania, jako środki trwałe spółki, swoje prywatne samochody, lecz o różnej wartości. Jeden o wartości 30 000 zł, a drugi - 70 000 zł. Czy ma to wpływ na zwiększenie u jednego do tej pory równych udziałów lub czy ma to jakikolwiek wpływ na zróżnicowanie wyliczenia podatku u wspólników?

Odpowiedź: Nie, podatnicy wprowadzają swoje samochody do spółki i mogą dokonywać odpisów amortyzacyjnych w stopniu odpowiednim do ich udziału w kosztach. Różna wartość samochodów nie będzie powodowała u nich rozliczeń podatkowych. Zwolnieniu z opodatkowania podlegają natomiast przychody otrzymane w związku ze zwrotem udziałów lub wkładów w spółdzielni albo wkładów w spółce osobowej (w tym również cywilnej), do wysokości wniesionych udziałów lub wkładów do spółdzielni albo wkładów do spółki osobowej.

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 1 pkt 50, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991.

Kasa fiskalna w spółce cywilnej

Pytanie: Lekarz planuje otworzyć praktykę lekarską i założyć razem z drugim lekarzem spółkę cywilną, który ma już swoją działalność. Wiąże się to z obowiązkiem zakupu kasy fiskalnej. Czy możliwa jest sytuacja, że kasę zakupi się dopiero po podpisaniu umowy spółki, tak aby kasa zarejestrowana była na spółkę? Czy może muszę zakupić tę kasę na swoją działalność, a potem dopiero przenieść ją na spółkę?

Odpowiedź: Kupno kasy przez jednego wspólnika jest możliwe, natomiast ostatecznie kasa musi być rejestrowana już na spółkę, a nie wyłącznie na tego wspólnika. Ze względu na fakt, że w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych opodatkowaniu nie podlega spółka, lecz wyłącznie wspólnicy (to są właśnie różnice postrzegane w spółce cywilnej w obu podatkach - PIT i VAT), majątek wnoszony do spółki przez jednego wspólnika należy traktować jako jego wkład. Jeżeli w trakcie trwania spółki tylko jeden wspólnik zakupi kasę fiskalną, to tylko jemu przysługuje prawo rozliczenia kosztów zakupu w kosztach uzyskania przychodu, a zakupiona kasa powinna być traktowana jako podwyższenie wkładu danego wspólnika.

Podstawa prawna: Art. 21 ust. 1 pkt 121, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991.

Najem mieszkania jednego ze wspólników na rzecz spółki cywilnej

Pytanie: Spółka cywilna, dwóch wspólników zarejestrowała działalność pod adresem zamieszkania jednego z nich. Czy korzystając z lokalu na potrzeby działalności, trzeba spisywać umowę najmu, czy jako że jest to własność jednego ze wspólników, można korzystać z miejsca do prowadzenia działalności bez żadnych dodatkowych formalności, poza wpisem adresu do wpisu działalności?

Odpowiedź: W nieruchomości działalność bez spisywania umowy może prowadzić wspólnik, którego własnością jest dany lokal. Drugi wspólnik może działalność prowadzić w tym lokalu, pod warunkiem użyczenia mu go na cele działalności. Generuje to jednak przychód podatkowy po stronie tego wspólnika - w wartości rynkowej czynszu, jaki musiałby zapłacić za taki lokal. Przychód podatkowy nie powstanie natomiast po stronie użyczającego.

Podstawa prawna: Art. 11 ust. 2a pkt 3, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991.

Koszty związane z opłaceniem ZUS wspólników w spółce cywilnej

Pytanie: Spółka cywilna prowadzi KPiR, ma dwóch wspólników. Jeden z nich opłaca składki ubezpieczeń społecznych, drugi ich nie opłaca (opłaca tylko składkę na ubezpieczenie zdrowotne - ma drugie zatrudnienie). Jak rozlicza się w tym przypadku koszty działalności - czy wszystkie po 50%, czy też ubezpieczenia społeczne płacące go je stanowią koszty tylko tej osoby?

Odpowiedź: Jeżeli składkę rozliczają Państwo z konta wspólnego, to każdy ze wspólników może rozliczyć 50% poniesionego kosztu. Jeżeli wspólnik opłacałby składki z konta prywatnego za siebie, to tylko on rozlicza koszt. Jeżeli natomiast zaliczenie do kosztów następuje w całości u jednego wspólnika, a płatność jest dokonywana z majątku wspólnego, to po stronie wspólnika rozliczającego podwyższony koszt powstanie nieodpłatne świadczenie z tytułu zapłaty za całość kosztów

Podstawa prawna: Art. 22 ust. 1, Ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26.07.1991.

Małgorzata CIECIERSKA

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Medycznego” nr 10/12)

PRZYJDZIE RYNEK I WYRÓWNA

Jeden z najlepszych filmów fabularnych o medycynie to „Przebudzenie” z Robinem Williamsem i Robertem de Niro z 1990 roku. Film zaczyna się rozmową lekarza granego przez Robina Williamsa z komisją, która ma go zatrudnić w szpitalu. Komisja chce wiedzieć, czym kandydat zajmował się wcześniej. Okazuje się, że brał udział w programie badawczym, mającym udowodnić pewną teorię. Wyjaśnia pokrótce temat badań. „Ale to przecież jest oczywiste!” — zauważa jeden z członków komisji. „Tak - stwierdza doktor - a ja po 6 latach pracy to udowodniłem”.

Ta scena przypominała mi się, gdy czytałem omówienia raportu opracowanego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, sporządzonego na wniosek Ryszarda Dubiela, przewodniczącego Rady Pomorskiego Oddziału NFZ. Raport miał dać odpowiedź na pytanie: czy prawdą jest, że szpitale prywatne kontraktują łatwiejsze lub bardziej opłacalne świadczenia, a publicznym szpitalom pozostają te trudniejsze i mniej opłacalne. Profesor Janusz Moryś - rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego - zastrzega, że: *„Przeprowadzona przez nas analiza jest oparta jedynie na statystyce przeprowadzanych procedur. Pełna analiza wymagałaby zarówno pogłębionej analizy danych sprawozdawczych, jak i dokładniejszego badania dokumentacji medycznej na wylosowanych próbach”*. Jednak raport zdecydowanie potwierdza tezę, że prywatne placówki stosują selekcję procedur, a tym samym pacjentów. Dziedziny, którymi niechętnie się zajmują to: choroby wewnętrzne, pneumonologia, neurologia, chirurgia ogólna, pediatria, stacjonarne leczenie psychiatryczne. Specjalności te od lat są finansowo niedoszacowane przez NFZ. Żaden z niepublicznych szpitali w województwie pomorskim nie zakontraktował Oddziału Ratunkowego. SOR-y w powszechnej opinii są słabo wyceniane przez NFZ i z założenia muszą być deficytowe. Poza tym szpital, który ma SOR, nie może odmówić pomocy żadnemu choremu, ten, który SOR-u nie ma, przyjmuje tylko „planowych” pacjentów, co umożliwia mu selekcję. W województwie pomorskim nie ma ani jednej prywatnej lecznicy z zakontraktowaną interną. Raport wskazuje również na selekcję samych pacjentów. Na prywatnym oddziale kardiologicznym odnotowano tylko jednego pacjenta z niewydolnością krążenia. W porównywalnej jednostce publicznej w tym samym czasie przebywało 199 pacjentów z takim rozpoznaniem. Leczenie pacjentów z niewydolnością krążenia jest nie tylko kosztowne, ale wymaga często długiej hospitalizacji. Poddano analizie niepubliczne oddziały okulistyczne.

Większość takich oddziałów wykonuje jedynie zabiegi zaćmy, a inne procedury z katalogu JGP w bardzo ograniczonym zakresie. Przeciętnie szpital publiczny realizuje prawie 13 procedur okulistycznych (minimum 8, maksymalnie 17), a niepubliczny - średnio niecałe 5 procedur (minimum 1, maksymalnie 12). Część operuje tylko najłatwiejsze zaćmy, to znaczy niepowikłane. Jedna z niepublicznych jednostek wykonała 933 zabiegi, z tego tylko 10 to były zaćmy powikłane. Część oddziałów okulistycznych nie przyjmuje (lub robi to zupełnie marginalnie) chorych do leczenia zachowawczego. Prowadzi to do sytuacji, że pacjenci cierpiący na zaćmę powikłaną innymi schorzeniami muszą dłużej czekać na zabieg.

Autorzy analizy wysnuwają wniosek, że dochodzi do preselekcji chorych na etapie kwalifikacji do leczenia w ośrodku komercyjnym - cięższy stan kliniczny pacjenta dyskwalifikuje go z leczenia w tym ośrodku. Możliwa jest również interpretacja, że powikłany pacjent jest przenoszony we wczesnym okresie do ośrodka publicznego. Prawdopodobnie działają oba te mechanizmy - twierdzą autorzy.

Dyrektorzy niepublicznych placówek pełni oburzenia na zarzuty o selekcji pacjentów. Uważają, że jest to szkalowanie prywatnych szpitali. Sformułowanie to jest bardzo ostre i taka reakcja jest zrozumiała. W piśmie skierowanym do NFZ Stowarzyszenie Pracodawców RP i Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych wskazują, że medialne wykorzystanie *„wybiórczych, nierzetelnie zestawionych i w żaden sposób niereprezentatywnych danych, bez podania źródła ich pochodzenia”* nie powinno mieć miejsca i podważa wiarygodność rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorzy listu wnioskuje nawet o dyscyplinarne ukaranie profesora Morysia przez Ministra Szkolnictwa Wyższego. Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wskazuje jednak, że o szkalowaniu nie ma mowy, bo według jego opinii managerowie „prywatni” zachowują się racjonalnie. Racjonalność mieści się przecież w kategorii zarzutów *„— Zapraszam serdecznie każdy prywatny podmiot do otwarcia takiej działalności, jak szpital kliniczny i pokazania zyskowności tego przedsięwzięcia”* - mówi prof. Moryś.

Znalazłem ciekawą wymianę zdań na forum pod artykułem na temat raportu GUM. Nawiasem mówiąc, dobrze świadczy o naszym środowisku fakt, że wypowiedzi na forach medycznych rzadko są pisane jadem charakterystycznym dla netu, najczęściej są też merytoryczne. Jeden z czytelników stwierdza: *„Publiczne*

szpitale też selekcjonują. Im trochę trudniej, ale robią co mogą. Zapewniam”. Drugi odpowiada: „Zgadzam się z Panem, że publiczne szpitale też selekcjonują. Tyle, że jak Pan zauważył, im selekcjonować jest trochę trudniej. Pozdrawiam”. Nic dodać, nic ująć. W Warszawie, tak jak na całym Mazowszu, nie ma ani jednego oddziału geriatrycznego. W braku zainteresowania takimi oddziałów zgodni są dyrektorzy publicznych i prywatnych szpitali.

Są dwa główne wnioski z przedstawionego sporu. Po pierwsze, co wydaje się oczywiste i wszyscy się z tym zgadzają - nie powinno być selekcji pacjentów wynikających z wyceny procedur. Przy adekwatnym do kosztów finansowaniu leczenia, taki problem nie powinien mieć w ogóle miejsca. Drugi wniosek, to błędne założenie, że w obecnym systemie finansowania szpitale mogą nie być deficytowe. Argumentem na to jest właśnie dochodowość placówek niepublicznych. Niestety, ten argument jest często przytaczany przez decydentów na zarzut o zbyt małe finansowanie całego systemu ochrony zdrowia. Jak mantra powtarzane są stwierdzenia: „każde pieniądze przeznaczone na służbę zdrowia będą za małe” i „rynek najlepiej uporządkuje system”. Zwłaszcza to ostatnie zdanie jest dla decydentów wygodne, bo pozwala na unikanie trudnych decyzji. W krajach, gdzie system rynkowy jest „od zawsze”, dawno już przyjęto, że istnieją cztery dziedziny, które nie powinny w pełni podlegać regulacjom rynkowym. Są to: prawo, kultura

wysoka, nauka i właśnie medycyna. Najbardziej zbliżony do modelu rynkowego system ochrony zdrowia istnieje w USA. Nikt nie podważa poziomu amerykańskiej medycyny. Jednak nakłady na ochronę zdrowia amerykańskie mają dwa razy większe niż średnia w krajach Europy zachodniej, efektywność zaś, niezależnie od parametrów oceny - zdecydowanie gorszą. Wyobraźmy sobie, że w systemie niemieckim, czy brytyjskim, dochodzi do sytuacji, gdy w jednej niedużej miejscowości, w jednym szpitalu są dwa oddziały kardiologii interwencyjnej: publiczny i prywatny. Tak jest od paru lat w pięćdziesięciotysięcznych Starachowicach. Rynek starachowicki nie zlikwidował tej oczywistej bzdury. NFZ ani Ministerstwo Zdrowia również.

W systemie słusznie minionym istniała zasada, że informacja dopiero wtedy jest prawdziwa, jeżeli będzie oficjalnie zdementowana. Takie dementi już mamy: według NFZ w skali całego kraju nie potwierdza się w sposób jednoznaczny teza GUMed o zjawisku preselekcji pacjentów. „Dane wskazują znaczne różnice pomiędzy realizacją świadczeń, ale wynika to przede wszystkim ze struktury zawartych typów umów, nie zaś z różnych form własności podmiotów.” Analiza centrali NFZ objęła świadczenia szpitalne na terenie całej Polski w latach 2009-2011. Na pewno nie zamyka tematu.

Grzegorz WOJCIECHOWSKI

(przedruk z „Vox Medici” nr 5/12)

AGENCJA TARYFIKACJI – JAK, PO CO I DLA KOGO?

Zespół SGA od paru lat zajmuje się oceną efektywności szpitali. Siłą rzeczy rachunek kosztów leczenia i wycena procedur medycznych są naszym chlebem powszednim. Wiemy ile co kosztuje i potrafimy wyznaczyć taryfy dla poszczególnych świadczeń. Jesteśmy de facto prywatną Agencją Taryfikacji. Z naszych usług skorzystało już wiele szpitali.

Działania w zakresie analizy kosztów i wyceny świadczeń ma teraz podjąć rządowa Agencja Taryfikacji. W ramach szczytnych założeń wszystko ma być tworzone od zera: nowa instytucja, nowy rachunek kosztów w ochronie zdrowia, nowy system zbierania, aż po centrum statystyczne opracowujące finalne wyniki. Wyzwanie potężne, kosztowne i czasochłonne.

Przy zakładanym sposobie działania nowa Agencja Taryfikacji ma przed sobą kilka lat wyłożonej pracy, zanim zdoła pochwalić się pierwszymi osiągnięciami. A do zastosowania wyników jej pracy przez NFZ do kontraktowania świadczeń minie kolejnych kilka lat.

Przeanalizujmy podstawowe zadanie stawiane przed Agencją.

Ustalanie taryfy świadczeń

W skrócie ma to wyglądać tak, że Agencja wycenia koszty poszczególnych świadczeń, a następnie wyliczone koszty zamieni na relatywny system punktowy. Znamy to z systemu punktowego stosowanego aktualnie przez NFZ. Taka zresztą idea stoi za stworzeniem Agencji Taryfikacji, chodzi o wydzielenie z NFZ działań związanych z wyceną świadczeń, za które NFZ płaci.

I tu rodzi się pytanie o zasadność takiego podejścia. Czy wyceniać NFZ-owe świadczenia czy procedury medyczne i inne elementy postępowania medycznego?

Świadczenie, w definicji NFZ, jest pewnego rodzaju złożonym produktem, w skład którego wchodzi szereg różnych procedur i kosztów; a kwalifikacja przypadku do rozliczenia przy pomocy określonego świadczenia obwarowana jest dodatkowymi kryteriami.

Jeżeli przy pomocy danego świadczenia NFZ (w większości są to grupy JGP) rozlicza się przypadki, które są powikłane czyli kosztowne i przypadki proste o niskim koszcie, to cena za to świadczenie powinna być średnią kosztów ponoszonych na jeden przypadek. Wszystko

prawda i takie postępowanie brzmi logicznie. Powstaje jednak kolejne pytanie: Jaka jest częstość przypadków prostych i powikłanych?

NFZ, mając dane z całej Polski, może to łatwo określić, ale taka kalkulacja ma się nijak do pojedynczego szpitala. Im wyższy poziom referencyjności, tym więcej przypadków trudnych i kosztownych.

Czy w takim razie Agencja Taryfikacji powinna zajmować się wyceną świadczeń NFZ, czy skupić się raczej na wycenie procedur i postępowań medycznych, pozostawiając płatnikowi grupowanie ich w świadczenia? Decydując się wyłącznie na wycenę procedur medycznych i wszystkiego, co dzieje się w placówkach służby zdrowia, Agencja wprowadzi na rynek klarowny „produkt”. Produkt ten będzie prezentować koszty, na podstawie których każdy płatnik skonstruuje dowolny system rozliczeń. W przeciwnym razie Agencja Taryfikacji musi przejąć na siebie cały ciężar definicji świadczeń i grup JGP, analizy wielkości i efektywności działań świadczeniodawców, ewidencji i statystyk schorzeń oraz procedur medycznych w kraju itp.

Cele, których nie postawiono przed Agencją Taryfikacji

Agencja Taryfikacji powinna zająć się rzetelnym policzeniem kosztów leczenia ponoszonych przez placówki medyczne w związku z leczeniem poszczególnych schorzeń.

Wiedza o tym powinna być przekazywana świadczeniodawcom z dwóch powodów:

- edukacji oraz wskazania sposobów i potencjału optymalizacji działań i kosztów placówek, które będą mogły porównać swoje wyniki z wynikami publikowanymi przez Agencję,
- dostarczenia wspólnej bazy faktów i argumentów do negocjacji między świadczeniodawcami a NFZ.

Czy Agencja Taryfikacji jest potrzebna?

Zdecydowanie tak. Jest jednak jeden warunek jej użyteczności. Wyniki jej pracy muszą mieć przełożenie

na działania NFZ, a świadczeniodawcy mają mieć na tyle swobody gospodarczej, by działać według praw ekonomii i danych publikowanych przez Agencję.

Deklaruje się, że NFZ jest pierwszym beneficjentem Agencji. NFZ aktualnie cierpi na dyskomfort związany ze świadomością, że część świadczeń jest przepłacana, a część wręcz przeciwnie. Wyniki pracy Agencji mają znieść ten dyskomfort. Być może! Niemniej, wielkość środków w NFZ nie zwiększy się. Nadal będziemy mieli nadwykonania.

Zmiana wyceny poszczególnych świadczeń spowoduje jedynie to, że świadczenia będą miały zbliżoną rentowność. Nadal pozostanie do rozwiązania problem różnych proporcji przypadków wchodzących w skład danego świadczenia w szpitalach o różnych poziomach referencyjnych. Ten problem powinien być rozwiązany przez NFZ, a nie przez Agencję.

Równa rentowność spowoduje, że zniknie obawa przed przypadkami nierentownymi i niechęć do ich leczenia. Głównym beneficjentem Agencji będą świadczeniodawcy, szczególnie, jeśli pójdą za tym regulacje prawne, pozwalające na łatwiejsze kształtowanie profilu świadczonych usług.

Wyniki pracy Agencji - o ile będą to wyceny procedur i innych działań - mają kapitalne znaczenie w zarządzaniu. Prezentowane dane będą stanowić twardy punkt odniesienia dla wyników osiąganych przez poszczególne placówki jednoznacznie określając kierunek i zasięg koniecznych zmian. Sama Agencja niczego nie uzdrowi, decyzje zarządcze muszą być podejmowane indywidualnie w każdym szpitalu, przychodni i gabinecie.

Marek WESOŁOWSKI

Marek.Wesolowski@sga.waw.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 11/12)

Marek WESOŁOWSKI – lekarz chirurg, ekspert rynku medycznego w dziedzinie zarządzania i technologii informacyjnych. Doświadczenie we wdrażaniu systemów zarządczych w wielu szpitalach w kraju i za granicą. Prezes firmy SGA zajmującej się oceną efektywności w ochronie zdrowia.

EPIGONI

Ci epigoni to lekarze, którzy przeszli wczoraj na emeryturę. Gdy sięgną do leżącego na stole pisma, które dostali, i przeczytają je jeszcze raz, nowa rzeczywistość dociera do świadomości z siłą uderzenia.

Nagle z dnia na dzień znajdują się w nowej sytuacji, tak niezwyklej, że wielu z nich przeżywa prawdziwy wstrząs. Nie pójdą już do szpitala, nie są już tam potrzebni. Nie było to całkiem nagle, bo spodziewali się tego. Wiedzieli, że ten dzień powoli się zbliża. Co innego jest jednak się spodziewać, nawet oczekiwanego, a co innego zetknąć się oko w oko z tym wydarzeniem,

a w ręce mieć decyzję o opuszczeniu szpitala i przejściu na emeryturę. Mimo, że pożegnanie z zespołem w szpitalu było serdeczne - co niestety nie zdarza się zawsze, ale to już inna sprawa - moment ten jest zawsze szokujący. W pierwszej chwili, pierwszego dnia, nie zdajemy sobie sprawy z tego, że opuszczamy szpital, swoje obowiązki, swoich chorych, których leczyliśmy przez lata. Że już tam nie wrócimy. Pełna świadomość tego wydarzenia przychodzi w ciągu kilku lub kilkunastu dni, gdy zostajemy w domu, nie wiedząc co robić, do czego się zabrać. W pewnym stopniu przypomina to sytuację przed

wyjazdem na urlop, ale w jakże innych okolicznościach, bo przecież nigdzie nie wyjeżdżamy. Zostajemy w domu sami ze swoimi myślami, które coraz bardziej natrączywie przypominają, że do szpitala do swoich chorych nie mamy już po co wracać, gdyż już tam nie pracujemy. Starszych lekarzy, którzy przeszli na emeryturę jest relatywnie dużo. Znacznie więcej, niż by się wydawało. Nie zdajemy sobie z tego sprawy, bo nie spotykamy się w pracy, nie widzimy się, nasze drogi się nie krzyżują.

Lekarz, który znalazł się w tej nowej sytuacji, nadal jest lekarzem. Prawo wykonywania zawodu nam to gwarantuje. Mamy je w teczce z dokumentami. Odnajdujemy je i czytamy, że nie ma tam nic o dacie ważności. Możemy więc nadal pracować bez ograniczeń i podjąć jakąś pracę, choćby w mniejszym wymiarze kilku godzin, w takim miejscu gdzie zechcą nas przyjąć. Raczej w lecznictwie otwartym, gdzie możemy pracować tak długo jak będziemy mieli ochotę, a stan naszego zdrowia będzie na to pozwalał.

Część lekarzy przechodzących na emeryturę oczekuje tej chwili jak zbawienia. Będą mogli dłużej pospać, bo nie najlepiej się czują, trochę chorują, i nie chcą więcej podlegać codziennym rygorom i obowiązkom. Robili to regularnie przez wiele dziesiątków lat, a teraz chcą sami decydować o tym, co będą robić. Cieszą się, że będą mogli odpoczywać, pomagać w domu, czytać, chodzić na spacer, oglądać telewizję, czy pomóc w zajmowaniu się wnukami, które kocha się bardziej niż własne dzieci.

Część z nich chciałaby jednak nadal pracować. Niekoniecznie dla zarobku, bo potrzeby mają niewielkie, choć jakiś dodatkowy dochód uzupełniający marną lekarską emeryturę nie zawadzi. Chcą pracować w przekonaniu, że mogą być jeszcze nadal potrzebni, jako lekarze, jako doradcy, konsultanci. Że ich wiedza i doświadczenie potrzebne jest chorym. Dobrze też wiedzą z codziennej wieloletniej praktyki, że młodzi koledzy nie zawsze są najlepsi w sztuce Asklepiosa, choć mało kto się do tego przyznaje. Chcieliby nadal pracować, i przy okazji im pomóc, i wyjaśniać zawiłości trudniejszych przypadków. Chcą też, tak jak dawniej spotykać swoich przyjaciół, kolegów, zamienić jak zwykle przy spotkaniu i przywitaniu kilka słów, dowiedzieć się, co nowego w rodzinie i środowisku lekarskim.

Starsi emerytowani lekarze mają dużo czasu, co jest nowym odczuciem, bo dotychczas było go mało. Teraz trzeba go zagospodarować, ale nie każdy, szczególnie na początku wie jak brak pracy wypełnić. Ci, co lubią książki, znajdują w nich pewien substytut pracy. Czytają je, oglądają telewizję, chodzą na spacer, odwiedzają i pomagają dzieciom i wnukom, jeśli są w tym samym mieście.

Jednak brak kontaktu z chorymi, odzywa się nadal. Brakuje lekarskiej rozmowy, badań, diagnozy i leczenia, tego wszystkiego, co wypełniało dotychczasowe życie. Nierzadko w takim momencie pojawia się depresja, no-

we, nieznane dotąd zjawisko, które znali tylko z książek i spotykali u pacjentów, lecz nie rozumieli tego dobrze. Nie wyobrażali sobie, że jest to coś tak niepokojącego, zmieniające życie i zniechęcające do wysiłku umysłowego czy fizycznego. Pragnienie powrotu do jakiegokolwiek pracy z chorym jest w takiej sytuacji najlepszym remedium.

Powinno się koniecznie poszukać innej, choćby krótkotrwałej. Ale jeżeli się odwleka, w nadziei powrotu do quasi normalnej pracy, depresja może się utrwalić, co jest bardzo groźne. W przeciwnym razie lekarz staje się mizantropem.

W naszym kraju powrót do pracy w dotychczasowym miejscu nie zdarza się często. Dalsze zatrudnienie, na przykład w klinice, w oddziale, gdzie dotychczas pracowali, praktycznie nie jest możliwe. Pomijam jakieś korzystne układy. W innych, bogatych krajach rzeczy te są tak uregulowane, że można w rozmaity sposób, dyskontować swoje doświadczenie i wiedzę. Umiejętności są kapitałem o wielkiej wartości, której nikt nie ośmieliłby się marnować. Emerytowani lekarze pracują na określonych warunkach w dotychczasowym miejscu pracy, w lecznictwie otwartym, lub w przychodniach i szpitalach prywatnych i uczą innych!

U nas pacjenci, którzy przychodzą do poradni, dowiadują się z różnych źródeł, że tam właśnie pracują doświadczeni lekarze, znani z dawniejszych czasów, u których się leczyli. Albo słyszą, czekając w kolejce do lekarza, że są tu bardzo dobrzy specjaliści, o wielkiej wiedzy, którzy wysłuchają cierpliwie także ich skarg, czasami też osobistych kłopotów, których w starszym wieku nie brak. Pacjenci, którzy chcieliby się zwierzyć lekarzowi ze swoich licznych dolegliwości wiedzą, że starszy lekarz ich zrozumie, bo sam ma dolegliwości związane z wiekiem, ale przede wszystkim pomoże, bo oprócz wiedzy, ma zdobywane latami doświadczenie i rozwiniętą empatię. Wiedzą z doświadczenia, albo od innych, że ich nie zawiedzie i wtedy od razu czują się lepiej.

W zawodzie lekarza dzień przejścia na emeryturę jest datą administracyjną. Zgodnie z obowiązującymi przepisami opuszcza się oddział, zwalniając automatycznie swoje miejsce, które zajmują inni, czekający na taką okazję. Odchodzą ze swojego miejsca pracy, w którym pracowali wiele lat i nikt się nie interesuje, co będą nadal robić. Zazwyczaj nikt z administracji ich nie zapyta, czy chcieliby nadal jeszcze pracować na jakichś innych warunkach. Wielka szkoda, że niechętnie zatrudniają ich wyższe uczelnie, co per saldo przenosi się na studentów, którzy nie słuchają wykładów i seminariów wybitnych asystentów. Izby Lekarskie w ramach Komisji Emerytów i Rencistów starają się integrować tę grupę naszych kolegów, organizując spotkania, wycieczki, wspólny opłatek, co jednak nie przychodzi łatwo i z pracą w zawodzie nie wiele ma wspólnego. Tym bardziej,

gdy miesiące a nawet lata upłynęły w samotnym życiu z dala od środowiska.

Przejście na emeryturę nie musi być szokująco krótkie i obcesowe tak jak u nas. Są kraje, w których ten bolesny moment jest łagodzony przez organizowanie uroczystego pożegnania z serdecznymi przemówieniami przełożonych, a także jakimś upominkiem, który będzie przypominał lata młodości i wspólnej pracy w zespole. Nie jest bez znaczenia, gdy odchodzący usłyszy, że nadal będą zawsze mile widziany w szpitalu, na co stwarza się mu odpowiednie warunki. Wszystko to opisuje zespół znakomitych autorów pod redakcją profesora Andrzeja Danysza w książce pt.: *Problemy i sytuacja*

lekarzy emerytów w Polsce; Warszawskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2000, której współautorami są profesorowie z Białegostoku - Andrzej Kaliciński, Wojciech Pędich i Jan Stasiewicz. Warto do tej lektury zaglądać, tym bardziej, że nic się w tej materii nie zmieniło. Polecam ją ordynatorom, kierownikom klinik i zakładów naukowych. Książka ta wydana w dziesięciolecie odrodzonych Izb Lekarskich nie straciła nic na aktualności. Powiedziałabym, że jest jeszcze bardziej aktualna niż przed dwunastu laty.

Jan PIETRUSKI

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku nr 4/12)

KOMPETENCJE INTELIGENCJI EMOCJONALNEJ W PRACY Z PACJENTAMI

Mężczyzna w wieku ok. 50 lat przegląda się w lustrze. Nie jest specjalnie zadbany, ale też nie odstrasza. Tylko zęby: zaczęły się kłopoty z przeżuwaniem. Miał ostatnio trochę zawirowań w życiu, i panicznie boi się wizyt w gabinecie stomatologicznym. Ma bardzo nie mile wspomnienia. Jednak przełamuje się i dzwoni do dentystry z okolicy. Jak dentysta/asysta zareaguje na jego telefon? Jaka będzie reakcja personelu, kiedy ten mężczyzna pojawi się w gabinecie? Jak oceniony zostanie jego stan uzębienia? Co zostanie mu przedstawione jako plan i opcje leczenia? Na ile przekazana mu będzie wiedza dotycząca higieny jamy ustnej i w jaki sposób? Na ile zostanie włączony w proces decydowania o sposobach leczenia? Jak będzie potraktowany? Odpowiedzi na te pytania zdeterminują akceptację leczenia i jego wynik.

Jako lekarz stomatolog chcesz mieć wpływ na to, aby ten mężczyzna otrzymał najlepsze możliwe leczenie i opiekę. Jednak wpływanie na ludzi nie jest łatwe. A w tym wypadku chodzi o zmiany nawyków oraz aby pacjent poczuł, że warto dotrwać do końca leczenia. Ważne jest też, aby pacjent podejmował świadome decyzje, oraz wykazał się cierpliwością i wytrwałością w procesie leczenia.

Psychologia mówi, że aby wpływać na ludzi trzeba mieć dobre relacje z drugą osobą i pracować na konkretach. Zatem jeśli ten mężczyzna miałby być Twoim pacjentem warto nawiązać z nim relację. Piszac relację mam na myśli nie tylko odzwierciedlanie czy profesjonalną obsługę przy fotelu. Chodzi o dobre samopoczucie pacjenta, jego poczucie bezpieczeństwa, co sprawi, że będzie obciążony mniejszym stresem. Stworzenie takiego samopoczucia pacjenta nie jest być może łatwe, ale warto wysiłku.

Inteligencja Emocjonalna (IE)

Aby wpływać na pacjentów dentyści oraz asysta muszą rozwijać umiejętności związane z inteligencją emo-

cjonalną. Inteligencję emocjonalną definiuje się jako zestaw umiejętności i kompetencji, które pomagają nam odczytywać, rozumieć i odpowiadać na sygnały emocjonalne, które wysyłają nam inni ludzie i my sami. To pozwala na zrozumienie i dostosowanie naszych reakcji do zdarzeń i ludzi oraz pozwala nam wpływać na innych. Jeszcze inna definicja mówi, że inteligencja emocjonalna to nic innego jak „składowa naszej osobowości, która, gdy życie dostarczy nam cytryn, decyduje o tym, czy zrobimy z tego lemoniadę, czy też będziemy żyć cały czas skwaszeni”.

Daniel Goleman, w swojej książce „Inteligencja emocjonalna” rozszerza powyższą, krótką definicję, pisząc, że inteligencja emocjonalna to także:

- skuteczność w kontaktach międzyludzkich,
- umiejętność wysłuchiwanie innych,
- odróżnianie tego co inni mówią i robią, od naszych własnych sądów i reakcji,
- oddzielanie emocji od faktów i chłodna ocena samych faktów,
- otwartość na ludzi, ożywione i przyjazne kontakty z innymi,
- zdolność hamowania impulsów emocjonalnych i radzenia sobie ze stresem,
- zdolność motywacji i wytrwałość w dążeniu do celu mimo niepowodzeń (przeciwności),
- zdolność regulowania nastroju i niepodawania się zmartwieniom,
- empatia - czyli rozumienie uczuć i przyjmowanie punktu widzenia innych ludzi,
- mniejsza impulsywność, większa samokontrola,
- optymistyczne patrzenie w przyszłość,
- szybsze dochodzenie do równowagi po porażkach i niepowodzeniach,
- wiara w siebie i poczucie wewnętrznej kontroli,

- emocjonalna samoświadomość czyli zdolność panowania nad emocjami i uświadamianie sobie, co kryje się za danym uczuciem,
- umiejętność współpracy, rozwiązywania konfliktów i dochodzenia do kompromisu,
- szczerą chęć i zdolność do wymiany myśli, uczuć i pomysłów z innymi,
- zdolność do traktowania swoich potrzeb na równi z potrzebami innych,
- samorealizacja, samospełnienie,
- poczucie własnej skuteczności i wpływania na bieg spraw,
- skłonność do poświęcania swego czasu i energii na rzecz innych ludzi.

*Daniel Goleman, 1997,
Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina.*

Ostatnio znalazłam badania, które pokazują, jakie szczególne kompetencje sprawiają, że dentyści są wyjątkowymi lekarzami. Pankey Institute (www.pankey.org) opublikował wyniki swoich badań. Wyodrębnił w nich 4 kluczowe umiejętności ułatwiające współpracę z pacjentami i wywieranie na nich wpływ:

- emocjonalna samoświadomość,
- zdolność do chłodnej oceny faktów,
- asertywność,
- samorealizacja.
- Dodatkowo pojawiły się takie kompetencje jak:
- empatia,
- budowanie relacji i umiejętność rozwiązywania trudnych sytuacji.

Emocjonalna samoświadomość, to zdolność do zauważania, że pojawia się emocja i zdolność do jej rozpoznania. To ważna umiejętność, bo tylko wtedy możemy sobie z nią poradzić i odpowiednio zareagować. Ważne jest przy tym, aby tej emocji nie tłumić, nie omijać, nie ignorować. Wyobraź sobie, że jest piątek po południu, lekarz stomatolog jest po ciężkim tygodniu pracy. Wchodzi ostatnia pacjentka, która, jak się okazało, potrzebuje więcej czasu i uwagi niż dentysta zakładał pierwotnie, jednocześnie niemożna przełożyć dzisiejszego zabiegu na inny termin. Jeśli lekarz będzie ignorował swoje emocje, prędzej czy później one się ujawnią i mogą nawet wpłynąć na jakość leczenia. Dentysta, który ma świadomość swoich emocji nazwie je i będzie mógł je kontrolować. Być może pacjentka usłyszy, że „wygląda na to, że spędzimy dziś więcej czasu, niż pierwotnie zakładaliśmy, ale zabezpieczę Pani ten ząb”. Takie nazwanie emocji może budować zaufanie pacjentki. Z kolei zaufanie sprawi, że dentysta skuteczniej będzie wpływać na pacjentkę, i wykonywanie zaleceń lekarza.

Czasem jest tak, że emocje pochodzą z naszych myśli, wspomnień, przekonań i mają niewiele wspólnego z samymi pacjentami. Rozpoznanie tych emocji chroni

lekarza przed niepotrzebnymi reakcjami, utratą wiarygodności czy zaufania.

Zdolność do chłodnej oceny faktów to z jednej strony umiejętność patrzenia na świat bez różowych okularów i nadmiernego huraoptyizmu, z drugiej strony umiejętność odrzucania pesymistycznego patrzenia na rzeczywistość. Lekarze, którzy mają rozwiniętą tę kompetencję potrafią ocenić sytuację pacjenta tzw. „chłodnym okiem”, bez nadmiernej dawki nadziei czy obaw. Przekazując pacjentowi informację o stanie leczenia/uzębienia lekarz będzie rzeczowo informował go, bez ukrywania pewnych trudnych dla niego spraw, ale też bez nadmiernego straszenia, co może się stać, jeśli pacjent nie będzie stosował się do zaleceń. Ta kompetencja pozwala też lekarzowi właściwie odczytywać sytuację w gabinecie, czy to pomiędzy asystą a pacjentem, czy to pomiędzy członkami zespołu i nazywać je, bez unikania rozmowy o niej czy udawania, że sytuacja nie istnieje. Ta kompetencja pozwala też właściwie ocenić potencjalnego współpracownika.

Asertywność to zdolność do wyrażania siebie w konstruktywny sposób oraz do przyznawania tego prawa drugiej stronie i przyjmowania punktu widzenia innych. Empatia jest nieodłącznym elementem asertywności i łągodzi komunikaty. Asertywny lekarz czy asysta tworzy atmosferę zaufania poprzez jasne i bezpośrednie komunikaty dając jednocześnie poczucie bezpieczeństwa, np. „zależy mi na tym, żeby czuł się Pan bezpiecznie, dlatego będę pana informować co będę robić”, lub „i Pani i mnie zależy na tym, żeby zabieg przebiegł sprawnie i bezboleśnie, dlatego proszę ze mną współpracować”. Poczucie bezpieczeństwa pacjenta jest wyzwaniem, zważywszy na to, jak wielu ludzi nadal odczuwa lęk przed wizytą w gabinecie. Asertywność to relacja wygrany-wygrany, gdzie obie strony otrzymują to, czego oczekują, a czasem nawet więcej. Na przykład pacjent jest traktowany z atencją, czuje się bezpieczny i poszanowany, jednocześnie otrzymuje wysoką jakość usługi. Lekarz może wykonać swoją pracę bez przeszkód i jak najlepiej, otrzymuje wynagrodzenie i wdzięczność pacjenta. Taka sytuacja wygrany-wygrany buduje długofalowe relacje.

Samorealizacja, czyli nie samą pracą człowiek żyje. Osoba o wysokiej inteligencji emocjonalnej spełnia się zarówno w pracy, jak i poza nią. Potrafi przeznaczyć czas na pracę, spełnia się w niej i stale rozwija zawodowo. Jednocześnie potrafi odciąć pracę i poświęcić swój czas rodzinie, przyjacielom, rozwijać swoje pasje i zainteresowania. Osoba o wysokiej kompetencji samorealizacji powie: „Jestem szczęściarzem. Kiedy przychodzi piątek, cieszę się, że spędzę weekend z rodziną robiąc to, co naprawdę lubimy, a kiedy przychodzi poniedziałek cieszę się, że idę do pracy, która mnie pasjonuje.”

Czas spędzony poza pracą można przyrównać do paliwa i oleju, którym uzupełniamy nasz samochód, by przez cały kolejny tydzień jeździł sprawnie, bez zakłóceń i na 100% możliwości. Tylko wtedy jesteśmy skuteczni w pracy z pacjentami i współpracownikami, tylko wtedy możemy być skuteczni w pracy z ludźmi.

Podsumowując: wiele jest czynników sprawiających, że jesteśmy skuteczni w pracy z pacjentami, innymi ludźmi. Jednocześnie warto zadbać o rozwijanie inteligencji emocjonalnej, bo to ona sprawia, czy jesteśmy postrzegani jako artyści i wysokiej klasy specjaliści, czy jako osoby, które wykonują swoją pracę. To ona sprawia, że

lekarz potrafi w pełni skorzystać ze swojej wiedzy medycznej, umiejętności fachowych, intelektu. Dzięki niej ludzie nam ufają, chcą nas słuchać, czują się bezpiecznie i pewnie. Wracają.

Zapraszam do autorefleksji i odpowiedzi na pytanie: jakie elementy inteligencji emocjonalnej znajdujesz u siebie doskonale rozwinięte, a nad którymi sądzisz, że warto byłoby popracować?

Życzę owocnych, satysfakcjonujących przemysłów.

Dorota JAKUBOWSKA-KURZEC

Trener, certyfikowany coach ICC

(przedruk z „Doktora” 3/12)

PSYCHOTERAPEUTA NIE JEST OD DAWANIA RAD

Z Bożeną WINCH, psychoterapeutką, psychoonkologiem, rozmawia Anna MAZURKIEWICZ

Każda prawie rozmowa pacjentów w pewnym momencie dotyczy ich relacji z lekarzami. Opowiadamy sobie mroźące krew w żyłach historie o krzyczących lekarkach, lekarzach, którzy nie poprosili nas, żebyśmy usiedli, anegdoty o lekarzu, który niefrasobliwie zapytał starszego pana z rakiem prostaty: „Czy woli pan nasświetlanie wewnętrzne czy zewnętrzne”, w ogóle nie wyjaśniając mu, o co chodzi. Czy twoi pacjenci, nie tylko ci 55+, często poruszają temat kontaktu lekarz - pacjent jako ważny do omówienia z psychoterapeutą? Czy to gabinet psychoterapeuty jest konfesjonalem albo książką zażaleń na lekarzy?

Wątek ten pojawia się w dwóch aspektach. Po pierwsze - pacjenci i ich rodziny nie rozumieją tego, co lekarz powiedział, i oczekują, że im to wszystko dokładnie wyjaśni. Występuję zatem w roli tłumacza. Przynoszą też wyniki badań. Przychodzą gnani strachem, że w tych wynikach jest coś ukrytego, do czego trzeba dotrzeć.

Wyniki badań nie zawierają już terminów łacińskich.

Czasem się zdarzają jeszcze na kartach informacyjnych w szpitalu, ale pacjenci już wiedzą, co to znaczy cancer czy carcinoma. Pytania z reguły formułowane są według wzoru: czy to znaczy, że jest bardzo źle? Lekarz sam z siebie nie powiedział, pacjentka nie zapytała z przerażenia, z lęku, z zagubienia. Gdy przychodzi do mnie, już trochę ochłonęła, na tyle, by pytać. I jeszcze drugi aspekt - lekarz nawet rozmawiał z pacjentką, ale ona wstydziła się zapytać o szczegóły, żeby nie ujawnić swojej niewiedzy, na zasadzie: bo źle wypadnę, pytając, bo on pomyśli, że jestem nierozgarnięta i nieoczytana. Pacjenci postępują tak niezależnie od wieku i wykształcenia.

Przed wszystkim nie wiemy, o co pytać!

Oczywiście. Ale od strony lekarza to wygląda inaczej. Mówi na przykład: są komórki nowotworowe, będziemy musieli operować. I tyle. Krótko, jak najmniej.

Nasi lekarze boją się powiedzieć „za dużo”. Nie ma też takiego zwyczaju komunikacyjnego, żeby zapytać pacjentkę: czy wszystko jest zrozumiałe? Nie ma też zwyczaju kulturowego, który nazwałabym: „lekarz się o nas zatroszczy”. Zresztą nie tylko w onkologii. Lekarz jest od przekazania informacji. Nie ma tu miejsca na dialog związany z emocjami.

Ależ lekarz nie chce wchodzić w nasze emocje, bo uważa, że w większej masie tego nie udźwignie. Termin „afektywna neutralność” w odniesieniu do takiego właśnie emocjonalnego leńskiego stania z boku pojawił się u Parsonsa, w jego słynnym „Systemie społecznym”, wręcz jako nakaz. Ja zresztą doskonale rozumiem lekarzy: nie sposób przecież emocjonalnie angażować się w każdą ludzką tragedię.

Bo do rozmów o emocjach lekarze są kompletnie nieprzygotowani. Na studiach mają niewiele zajęć z komunikacji lekarza z pacjentem. Nie ma zajęć z psychoonkologii, a powinny być, choćby po to, by lekarze poznali obszar, w którym się będą poruszać. Prosty przykład: lekarz przekazuje pacjentce wyniki badania histopatologicznego, które wykazało obecność komórek nowotworowych. W tym momencie ona wybucha gniewem: że to na pewno nieprawda, znowu pomyliliście wyniki, co mi pan tu opowiada! Lekarz, nie rozumiejąc, że to jest „złość obronna”, reaguje tak, jakby ten wybuch był przeciwko niemu osobiście, albo czuje, że musi wziąć w obronę instytucję, w której pracuje, i też krzyczy. Tymczasem, mając pewną wiedzę o różnych reakcjach na wiadomość o chorobie nowotworowej, można opanować sytuację i powiedzieć: rozumiem, że jest pani zdenerwowana, proszę jednak, żeby pani na mnie nie krzyczała, nie wiem, z czego pani wnioskuje, że w naszej przychodni jest bałagan... i tak dalej. Pomóc w takiej sytuacji mogłaby lekarzowi wiedza z psychoonkologii. Albo inny wariant: pacjentka po usłyszeniu diagnozy mówi: no, to już koniec! Lekarz, by nie dopuścić do wy-

buchu łez i rozpacz z strony chorej, uruchamia swój mechanizm obronności i ucina rozmowę: niech mi tu pani nie opowiada bzdur!

Po takim zdaniu już o nic nie da się zapytać.

Jest jeszcze inny wymiar tego kontaktu, znany zresztą przede wszystkim pacjentom onkologicznym. To liczba chorych, których lekarz przyjmuje codziennie. Jeżeli trzeba 30 razy dziennie przejść przez taką rozmowę, trudno za każdym razem zdobyć się na empatię. Dlatego warto sobie uświadomić, że tego rodzaju sytuacje są trudne także dla lekarzy. W Polsce na przykład nie ma osób wytrenowanych w udzielaniu wyjaśnień pacjentom pierwszorazowym.

W innych krajach Europy zgodnie z procedurami przy takiej rozmowie jest obecny psycholog. Ja nie bronię lekarzy, ale rozumiem, dlaczego komunikacja lekarz - pacjent przebiega tak, a nie inaczej. W jaki sposób analizujesz rozmowę lekarza z pacjentem, w której przecież nie uczestniczyłaś? Pacjenci ją relacjonują i czegoś od ciebie oczekują, poza wyjaśnieniem trudnych terminów. Czego?

Nasza rozmowa nie jest skargą na doktora Kowalskiego, ale próbą ogarnięcia rzeczywistości. Spróbujmy się zastanowić nad tym, co lekarz powiedział, proponuję. Analizujemy tę rozmowę, bo pacjentka nie ma po niej zazwyczaj poczucia, że wie, co będzie dalej. Pada na przykład pytanie, czy jest sens, żebym się operowała. Który lekarz ma czas tak rozmawiać?! A za tym pytaniem kryje się często idea: czy zamiast proponowanej operacji albo chemioterapii, nie lepiej, żebym poszła do energoterapeuty albo innego znachora?

Radzisz, odradzasz?

Psychoterapeuta nie jest od dawania rad. Ale gdy słyszę, że gdzieś tam, w Białostockiem, jest szeptucha, która leczy nowotwory, to mówię: zrobi pani jak zechce, ale jestem przeciwna, by działania znachorki miały zastąpić chemioterapię, pytam, skąd w ogóle taki pomysł. I tu dochodzimy do następnego ważnego punktu w naszej rozmowie o relacji lekarza z pacjentem. W dużych centrach

onkologicznych człowiek jest nikim, przedmiotem, a nie podmiotem, nie szanuje się jego uczuć. A na tym polega czar „cudotwórcy”, że ma czas, wszystko wytłumaczy, nawet jeśli mówi bzdury. W szpitalu onkologicznym pacjent ma wokół siebie samych chorych. Cudotwórca formułuje przekaz, eksponując tych, którym jego „terapia” pomogła. Po nagłośnionej przez media śmierci profesora Religi słyszałam wielokrotnie taki argument: nawet jemu medycyna konwencjonalna nie pomogła, to po co ja mam się leczyć. Tu mamy konkret: babcia szwagra znajomej koleżanki była chora, a proszę, wyzdrowiała. Taka wiara jest poza racjonalnością, ale zwracam ci uwagę, że myślą tak nie tylko ludzie niewykształceni. Każdy szuka czegoś, co pomoże „na pewno”, lekarz nam tej gwarancji nie da.

Czy lekarze chcą się uczyć komunikacji z pacjentem?

Coraz więcej konferencji dla lekarzy ma w programie warsztaty z komunikacji lekarz - pacjent. Ich celem jest zdobycie umiejętności rozmawiania z pacjentem i jego rodziną w różnych kluczowych momentach leczenia. Bo nie chodzi tylko o tę pierwszą rozmowę, w której pada diagnoza, ale o emisję i remisję choroby, a potem o tę rozmowę, podczas której trzeba powiedzieć pacjentowi o „zakończeniu leczenia przyczynowego”. Lekarz często nie zdaje sobie sprawy z tego, że każdy kontakt z pacjentem ma niepowtarzalną wartość.

Wyniki badania TNS OBOP przeprowadzonego na potrzeby kampanii „Rozmowy o czasie”, nad którą patronat medialny objął „Puls”:

- 37% badanych uważa, że ludzie starsi są przez lekarzy traktowani gorzej niż młodzi.
- Co piąty badany w wieku powyżej 55 lat jest zdania, że lekarz ignorował to, co chciał mu powiedzieć.
- Tylko co drugi pacjent w wieku powyżej 55 lat jest zdania, że lekarz pracujący w publicznej służbie zdrowia poświęcił mu wystarczającą ilość czasu

(przedruk z „Pulsu” nr 10/12)

SAMUEL GOLDFLAM (1852–1932)

Pionier neurologii polskiej

Był pierwszym lekarzem, który przeprowadził liczne poszukiwania tła anatomicznego w cierpieniach uważanych wówczas za czynnościowe np. histeria, stwardnienie rozsiane, niemota ruchowa i połowiczny zanik twarzy. Jako neurolog-diagnosta interesował się szczególnie chorobowymi zaburzeniami odruchów.

Samuel Goldflam urodził się 15 lutego 1852 r. w Warszawie w rodzinie żydowskiej jako syn kupca. Po ukończeniu gimnazjum w 1869 r. podjął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego, które ukończył w 1875 r. uzyskując stopień doktora medycyny.

Po uzyskaniu dyplomu podjął pracę asystenta w Klinice Chorób Wewnętrznych UW u prof Vilema Dusana Lambla (1824-1895), mieszczącej się w Szpitalu Św. Ducha. Od samego początku lekarskiej kariery widać było u niego wielkie zaangażowanie. Od rana do wieczora spędzał czas w szpitalu: przy łóżku chorego, w prosektorium lub w laboratorium nad mikroskopem.

Z wrodzoną sobie dokładnością nie opuszczał najdrobniejszego zjawiska. Chory był dla niego nie tylko przedmiotem badań i obserwacji naukowych, ale widział w nim przede wszystkim człowieka cierpiącego, które-

mu należy nieść pomoc, życzliwość i współczucie. Ten serdeczny stosunek do chorego, wyczuwany na każdym kroku, zjednał mu serca pacjentów. Już od samego początku, będąc w Klinice Lambla, szczególnie interesował się zagadnieniami neurologicznymi.

Pragnąc pogłębić wiedzę w tej dziedzinie, udał się za granicę do przodujących w Europie klinik neurologicznych w Niemczech do prof. Karla Westphala (1833-1890) i do Francji do prof. Jeana Martina Charcota (1825-1893). Po powrocie do kraju przez pewien czas pracował jeszcze w klinice Lambla, a następnie utworzył własny zakład medyczny, który nazwał bezpłatną Polikliniką. Mieściła się ona w Warszawie przy ulicy Granicznej 10 i była przeznaczona dla chorych i niezamożnych pacjentów. Tu w tej Poliklinice ukazał swój niezwykle talent organizacyjny i pasję naukowca. Lecząc chorych, wszystkie swoje spostrzeżenia skrupulatnie notował. Liczne obserwacje przewlekłych chorób, trwające nawet wiele lat, poddawał gruntownej analizie, co z czasem przyniosło nauce wiele cennych rozwiązań.

Uważni badacze, którzy znali wartość podejmowanych przez Goldflama zagadnień, byli dla niego pełni podziwu. Wszystkich zaskakiwała jego wnikliwość, skrupulatność obserwacji, konsekwentne ich gromadzenie przez długie lata. Główną dewizą pracy dr Goldflama było: „*Nie ma przypadków ciekawych – są tylko chorzy, a każdy chory jest ciekawy*”. Widząc, jak niedostateczny jest rozwój szpitalnictwa w Polsce, a przede wszystkim opieka nad nerwowo i umysłowo chorymi, założył Towarzystwo Opieki nad Umysłowo i Nerwowo Chorymi Żydami, którego był prezesem aż do ostatnich lat życia.

Wykazując niezwykle energię i płomienną argumentację, zdołał zdobyć środki i poparcie ludzi dla inicjatywy budowy zakładu medycznego dla umysłowo chorych „Zofiówka” w Otwocku, który z biegiem lat stał się jedną najpoważniejszych instytucji psychiatrycznych w Polsce. Następnym dziełem dr Goldflama w dziedzinie szpitalnictwa było utworzenie nowoczesnego, jak na owe czasy, 100-lóżkowego szpitala dla dzieci żydowskich nazwanego imieniem Bersonów i Baumanów. Ogarnięty niezwykle zapalem i energią zgromadził wokół siebie dużą gromadę ludzi dobrej woli, natchnął ją wiarą w dobroczynność społeczeństwa żydowskiego. I choć niemało musiał pokonać przeszkód i trudności, dzieło swoje doprowadził do końca. W szpitalu zatrudnił czołową kadrę lekarską i pielęgniarską. Z czasem powstała tu ważna placówka kształcenia pediatricznego lekarzy żydowskich.

Dr Goldflam był wspaniałym diagnostą. Z wielką uwagą słuchał wywiadów o chorym. Badając najpierw obnażał chorego i lustrował go przenikliwym wzrokiem. Żaden najdrobniejszy szczegół nie mógł ująć jego uwagi. „*Nieraz zdumiewał nas ogromem faktów spostrzeżonych już jedynie w wyniku samych misternych oględzin. Następnie wypytywał chorego o pewne szczegóły, jakby*

prowadząc zwykłą gawędę, przeplatał ją tu i ówdzie miłym powiedzonkiem. Był mistrzem palpacji, ulubionym swym ruchem palpacyjnym „wysłuchiwał” objawy chorobowe, które dla innych były niezauważalne. Przysłuchiwał się uważnie wypowiedziom nawet najmłodszych, traktując je z powagą i wyrozumiałością. Obca mu była pycha i duma. Dominowała w nim skromność szczerą i nieklamana.”

Rozpoznanie choroby stawiał nieraz wprost intuicyjnie, nigdy jednak nie trzymał się ślepo pierwszego wrażenia. Nigdy nie poprzestawał też na badaniu anatomicznym. Interesowały go preparaty mikroskopowe. Nawet będąc w podeszłym wieku nie szczędził czasu ani trudu, aby każdy interesujący go przypadek skonsultować ze specjalistami z Pracowni Neurobiologicznej Instytutu Nenckiego. Nie zadawała go żadna odpowiedź zdawkowa. Sięgał zawsze głęboko do sedna sprawy. Krzyżowymi pytaniami przypierał rozmówców do muru prosząc o odpowiedź szczerą, jasną i rzeczową. Zarówno od siebie, jak i od innych domagał się poważnego i serdecznego podejścia do każdego pacjenta. Sam chętnie powtarzał: „*uczę się wciąż, by nie zostać na stare lata ignorantem*”.

Niezwykle doniosłym zaczynem społecznej i lekarskiej działalności dr Goldflama były wspólne z dr Flatauem starania o powołanie do życia Instytutu Patologii przy Szpitalu na Czystem. Obaj ci wybitni lekarze zrobili wszystko, co było możliwe, aby taka placówka mogła powstać i być podporą nowoczesnego leczenia. Niestety pomimo tych zabiegów i ofiarności obu lekarzy nie udało się tego pomysłu urzeczywistnić. Dr Goldflam, choć podejmował tak liczne inicjatywy społecznolekarskie, nigdy nie zaniedbywał pracy naukowej. W każdym podejmowanym przezeń problemie przebiegała doskonała znajomość przedmiotu oraz umiejętność wykorzystania światowego piśmiennictwa.

Należy jednak podkreślić, że należał do tego pokolenia lekarzy, którzy stawiali pierwsze kroki w rozwoju neurologii światowej. Już jego pierwsze prace naukowe były zapowiedzią wybitnych uzdolnień. Świadczyły o tym publikacje:

- Uwięźnięta przepuklina zaotrzewnowa krezek okrężniczych (1879);
- Długotrwałe pochwienie kiszki czczej, spowodowane polipami (1881);
- Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych (1884);
- Niemota ruchowa i zmysłowa (1885);
- O tak zwanym rozsianym zapaleniu nerwów (1887);
- O nierówności objawów kolanowych w wiałdzeniu rdzeniowym (1888);
- O powrocie odruchów ścięgnistych w przebiegu wiałdu rdzeniowego (1890).

Wszystkie one są najlepszym dowodem jego rozległej wiedzy oraz zdolności rzucania jasnego światła na skomplikowane tematy. Już w tych pierwszych pracach posiłkował się ścisłymi metodami badań, szukał poza tłem zewnętrznym podkładu wewnętrznego. Ciągłe szukał przyczyn chorobowych, obok gruntownych badań laboratoryjnych zaprzęgał również anatomię patologiczną. Na tej drodze analizował badania sekcyjne. Odcytany, znający doskonale literaturę światową, z czasem sam stawał się źródłem, do którego liczni uczeni zwracali się z prośbą o opinię.

Paleta jego zainteresowań naukowych była szeroka. W pracy o zapaleniu nerwów on pierwszy podniósł problem nawrotów cierpienia i wyczerpująco opracował etiologię. W przypadku porażenia twarzy w pierwszych okresach kiły nie twierdził kategorycznie, by kiła była jedynym czynnikiem etiologicznym. Podnosząc etiologię władu rdzenia małżonków (*tabus coniugalis*), nadał kile znaczenie tła chorobowego, nie odrzucając jednak wpływu dziedziczności neuropatycznej.

Szczytem, do którego zmierza nauka, jest możliwość odkrywania nowych zjawisk. Stąd Goldflam był zwolennikiem opracowania zasad rokowania, podkreślając, że należy prezentować bardzo oględnie nawet w sprawach o przebiegu stosunkowo łagodnym. Walka z chorobą wydawała mu się najłatwiejszą, gdy rozpoznanie zaistniało we wczesnym okresie choroby. Stąd rozpoznanie traktował jako niezwykle doniosły moment w procesie leczenia. „*Staraniem naszym – mówił – jest używać więcej podstaw, mających rozpoznanie wczesnych okresów choroby*”.

Tematykę do swych cennych prac czerpał zawsze z kliniki. Obdarzony niezwykłym umysłem spostrzegawczym nie przechodził obojętnie obok szeregu zjawisk i zespołów chorobowych, które uchodziły często uwadze innych. Analityczny umysł i pasja poznawcza nakazywały mu każde zagadnienie, którego się dotknął, rozpoznać dokładnie. Toteż Goldflam nie zadowalał się opisami zakłóceń chorobowych. Pracując nad jakimś tematem nie poprzestawał na odwiedzaniu oddziału neurologicznego w Szpitalu na Czystem. Bywał wówczas we wszystkich szpitalach warszawskich.

Gdy zajmowała go semiotyka odruchów, regularnie odwiedzał oddziały chirurgiczne, gdzie śledził zachowanie się odruchów w uśpieniu ogólnym. Na oddziałach zakaźnych notował stan odruchów podczas gorączki, na oddziałach pediatrycznych interesował się ontogenezą odruchów, w ciszy nocnej obserwował odruchy podczas snu.

Ten wybitny badacz i analityk wszystkie swoje spostrzeżenia notował na skrawkach papieru, na mankietach koszuli, aby wieczorem, w zaciszu domowym, analizować i utrzymywać w zapisie. Jak już wspomniano, w badaniach dr Goldflama miejsce szczególne zajmowało zagadnienie odruchów, do którego jako semiolog powracał

wielokrotnie. Podobnie jak Józef Babiński zwracał uwagę na znaczenie braku lub osłabienia odruchów ze ścięgna Achillesa w wadzie rdzenia lub rwie kulszowej. Dużo uwagi poświęcił odruchom skórny oraz ich zachowaniu się w warunkach prawidłowych i chorobowych. Pierwszy wskazał na antagonistyczne zachowanie się odruchów skórnych i ścięgowych w ciężkich postaciach cukrzycy, raka wątroby, żołądka i trzustki. Spostrzeżenia te są doskonałą ilustracją powiązania wiedzy neurologicznej z internistyczną, bowiem jednoczył on w sobie inwencję twórczą internisty jak i neurologa.

Dr Goldflam wyjątkowo ciężką pracą zdobywał należne mu miejsce w neurologii światowej. Jego prace zdobyły należyłą pozycję w literaturze światowej dzięki swojej oryginalności i ścisłemu ujęciu. W mistrzowski sposób opisał objaw wyczerpania się mięśni w przebiegu miastenii, dlatego też miastenia nosi powszechnie nazwę choroby Erba-Goldflama. Opisany przez niego objaw zblednięcia stopy podczas ruchów czynnych przy tak zwanym chromaniu przestankowym, w piśmiennictwie lekarskim nosi nazwę Goldflama-Oehlera. Goldflam pierwszy opisał postać porażenia okresowego mięśni (*paralysis paroxysmalis*) i wykazał, że nie jest to nerwica. To odkrycie również powinno nosić nazwę choroby Goldflama.

Był pionierem mikroskopii układu nerwowego w Polsce, który przeprowadził liczne poszukiwania tła anatomicznego w cierpieniach uważanych wówczas za czynnościowe, np. histeria, stwardnienie rozsiane, niemota ruchowa, połowiczny zanik twarzy. Jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na objawy choroby Basedowa, spowodowanej podawaniem jodu i przez to wzbogacił symptomologię gruczolu tarczowego.

W czasie pierwszej wojny światowej dostrzegł zaburzenia ustrojowe w związku z niedostatecznym i nieodpowiednim odżywianiem. Wynikiem tych obserwacji było wyodrębnienie przez Goldflama osobliwego cierpienia kości i stawów, jako specjalnej jednostki chorobowej pod nazwą *osteoarthropathia dysalimentaria* (1918). W pracy tej wykazał swój wielki talent semiologiczny i nomograficzny znamionujący zwłaszcza wszystkie jego prace neurologiczne.

Ciekawe są również rozważania Goldflama nad znaczeniem objawu Gordona (1925). Objaw Alfreda Gordona opisany w 1904 r. polegający na występowaniu rozgięcia palucha, ewentualnie wszystkich palców stopy przy ucisku z tyłu na mięśnie łydki, został przez Goldflama zakwestionowany. Udowodnił, że objaw Gordona nie jest odruchem rdzeniowym, lecz odruchem obronnym i współruchem, reakcją na podrażnienie bólowe.

Ukoronowaniem jego mistrzowskich poszukiwań klinicznych i świadectwem głębokiej analizy i syntezy gromadzonych obserwacji, były jego publikacje o odruchu znakomitego rosyjskiego uczonego, Grigorija Rossolimo (1860-1928). Goldflam podniósł objaw Rossolimo do na-

leżnej mu godności odruchu. Wykazał, że badania tego odruchu powinny być bezwzględny składnikiem każdego badania, nie tylko neurologicznego.

Dr Samuel Goldflam, choć zrobił dla nauki i społeczności tak wiele, nigdy nie spoczął na laurach, ciągle zadziwiając świat nowymi odkryciami. W okresie międzywojennym został wybrany prezesem Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Wraz z przyjacielem, dr Januszem Korczakiem byli twórcami Domu Sierot przy ulicy Krochmalnej, razem z dr Gerszonem Lewinem, założycielem Towarzystwa Ochrony Ludności Żydowskiej, a z doktorem Edwardem Flatauem „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego”.

Goldflam był też założycielem Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego i pierwszym jego prezesem. Członkostwem honorowym wyróżniły go: Warszawskie Towarzystwo Naukowe i Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Dr Goldflam był uczonym wielkiej miary. Miał umysł badacza i duszę artysty. Flatau nazwał go „klinikistą z Bożej łaski”. Był to najwyższy komplement, którym Flatau kogokolwiek obdarzył.

Przez całe życie poszukiwał prawdy, zachowując oryginalność, samodzielność, dokładność, ostrożność i niebywałą spostrzegawczość. Umiał widzieć, co uchodziło uwagi innych. Posiadał duszę marzyciela. Jak wspominał dr Ludwik Zamenhof, subtelnie reagował na każde piękno, materialne czy ideowe. Postać jego była niez-

leżna. Nigdy nie przyłączył się do żadnej partii czy koterii. Umiłował muzykę klasyczną. Był jednym z najlepszych znawców muzyki Beethovena, a także znawcą i opiekunem wielu malarzy i rzeźbiarzy. Należał do wygasającego pokolenia klinicystów, których dewizą było: „prawda jest w nauce, a moralność w sztuce”.

Wiecznie zapracowany i oddany bez reszty nauce i służbie społecznej nie zdołał założyć własnej rodziny. Zmarł w Warszawie 26 marca 1932 r. Żegnało go z bólem tysiące ludzi, dla których przez całe życie był prawdziwym dobroczyńcą.

Doc. dr hab. Witold LISOWSKI

ŹRÓDŁA:

1. Wspomnienia pośmiertne o S. Goldflamie, Warszawskie czasopismo lekarskie, 1932, 40. rocznik IX
2. Księga Jubileuszowa dr. E. Flatau, Warszawa 1929
3. Samuel Goldflam: Polski Słownik Biograficzny, Tom VIII, 1959, Wrocław
4. Konopka S., Samuel Goldflam, Polska Bibliografia Lekarska, tom III, s. 321
5. Goldflam S., Mała Encyklopedia Medycyny, Warszawa 1988, s. 352
6. Goldflam S., Encyklopedia Powszechna PWN, Warszawa 1984, s. 79

Wybrany fragment pochodzi z książki W. Lisowskiego „Prekursorzy medycyny polskiej”, która to pozycja powinna, zdaniem redakcji, znaleźć się w bibliotece każdego lekarza.

(red.)

(przedruk ze „Skalpela” nr 6/12)

ODESZLI OD NAS

WSPOMNIENIE O ŚWIĘTEJ PAMIĘCI DR N. MED. ANDRZEJU SIKORSKIM



„To, co daje sens życiu,
daje także sens śmierci”

Dzień 2 grudnia 2012 r. już na zawsze pozostanie dla opolskiej medycyny dniem smutku i zadumy po stracie jednego z jej najwybitniejszych Przedstawicieli. W tym dniu odszedł na wieczny dyżur nasz Mistrz, Naucz-

ciel i Przyjaciel – **Dr nauk med. Andrzej SIKORSKI**. Opuścił nas człowiek o szerokich zainteresowaniach i niezwykle cierpliwym, pogodnym charakterze. Jesteśmy wdzięczni Panu Doktorowi za chwile spędzone razem.

Dr n. med. Andrzej Sikorski urodził się 12.03.1939 r. w Tarnowie, tam ukończył liceum ogólnokształcące i średnią szkołę muzyczną w klasie skrzypiec. Studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie ukończył w 1963 r. W czasie studiów pracował aktywnie w Zrzeszeniu Studentów Polskich i pełnił funkcję Kierownika Wydziału Kultury Rady Uczelnianej ZSP przy Akademii Medycznej w Krakowie. W 1959 r. założył - cieszący się wówczas dużą popularnością w Krakowie, na festiwalach i w klubach studenckich całej Pol-

ski - kabaret studentów Akademii Medycznej „Cyrulik”. Staże podyplomowe odbył w szpitalach wojewódzkich w Opolu.

W 1965 r. rozpoczął pracę i specjalizację na Oddziale Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Wojewódzkim im. Karola Miarki w Opolu pod okiem wybitnego chirurga doc. Klemensa Kiryłowicza. W trakcie specjalizacji odbył liczne kursy, interesując się szczególnie chirurgią plastyczną i torakochirurgią. Pierwszy stopień specjalizacji uzyskał w 1968 r., drugi w 1974, zdając obydwie egzaminy z wynikiem bardzo dobrym.

Po przejściu docenta Klemensa Kiryłowicza na emeryturę (w 1978 r.), objął stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Ciężka praca nie przeszkodziła Mu w działalności naukowej. Był autorem lub współautorem 23 publikacji, gdy w 1982 r. obronił na Akademii Medycznej we Wrocławiu pracę doktorską pod tytułem „Ocena przetok tętniczo-żylnych wykonywanych różnymi sposobami u chorych dializowanych”.

W 1998 r., po wygranym konkursie, został Ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej obecnego Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Był wtedy najmłodszym Ordynatorem w historii województwa opolskiego. Zgodę na użycie nazwy – Oddział Naczyniowy, uzyskał otrzymując certyfikat od ówczesnego Konsultanta Krajowego ds. Chirurgii Naczyniowej prof. Wojciecha Noszczyka. Nastąpił burzliwy rozwój oddziału, dysponującego i w pełni wykorzystującego świetną bazę diagnostyczną szpitala oraz możliwości współpracy interdyscyplinarnej z innymi oddziałami zachowawczymi i zabiegowymi.

Poziom prowadzonych przez Doktora Sikorskiego oddziałów i ich wszechstronność spowodowały, że stały się one ostatecznym poziomem leczenia chirurgicznego dla pacjentów województwa opolskiego. Wprowadzano systematycznie nowe procedury, zarówno z zakresu chirurgii ogólnej, jak i chirurgii naczyniowej (pełny zakres operacji naczyń obwodowych, chirurgię endowaskularną).

Był posiadaczem szeregu orderów i odznaczeń. W 1997 r. Doktor Sikorski został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi (za działalność w Wodnym Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym), w 1980 r. otrzymał Odznakę Zasłużonemu Opolszczyźnie, w 1984 r. Odznakę Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, w 1995 r. nadano mu Odznakę Za Zasługi Dla Miasta Opola, w 2004 r. otrzymał Odznakę Za Zasługi Dla Związku Kombatanów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych, w 2008 r. Medal Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich dla zasłużonych ordynatorów chirurgii.

Dr n. med. Andrzej Sikorski był członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich 40 lat. Przez 24 lata był Wiceprzewodniczącym Opolskiego Oddziału TChP – w tym

przez dwie kadencje (w latach 2000–04) Przewodniczącym Oddziału i członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Uczestnicząc w posiedzeniach Zarządu Głównego TChP starał się zawsze reprezentować stanowisko chirurgii „terenowej”. W 2008 r. w uznaniu zasług na tym polu został Członkiem Honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Dzięki Jego staraniom została wmurowana w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu tablica pamiątkowa ku czci docenta Klemensa Kiryłowicza. Także z inicjatywy Doktora Sikorskiego w 1994 r. został zrealizowany pomysł stworzenia medalu dla uhonorowania znamienitych osobowości chirurgicznych, nie tylko z terenu Województwa Opolskiego. Zarząd Opolskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich przyznał od czasu ustanowienia tego medalu 23 wyróżnienia.

W 1983 r. powołany został przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na członka Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej w Opolu, którą to funkcję pełnił przez 6 lat, do czasu zmiany ustawy o orzecznictwie.

W 1984 r. powołany został na stanowisko Specjalisty Wojewódzkiego ds. Chirurgii Ogólnej Województwa Opolskiego, którą to funkcję pełnił do 2007 r. - a więc przez 23 lata.

W 1989 r. powołany został przez Rzecznika Praw Obywatelskich, Panią prof. Ewę Łętowską do rozpatrywania skarg osób pozbawionych wolności. Rok później, w 1990 r. powierzono mu funkcję specjalisty ds. więziennictwa z zakresu chirurgii.

Był jednym z inicjatorów reaktywowania Samorządu Lekarskiego, a po jego utworzeniu działał na rzecz powołania odrębnej dla Opolszczyzny izby lekarskiej. W roku 1990 wybrany został na Wiceprzewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu I kadencji. Dzięki Jego staraniom Okręgowa Izba Lekarska uzyskała najbardziej przydatną chyba w Polsce, godną siebie siedzibę przy ul. Grunwaldzkiej w Opolu.

W czasie pełnienia obowiązków Ordynatora i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii, wszyscy chirurdzy Opolszczyzny przechodzili przez Jego Oddział, odbywając staże specjalizacyjne oraz zdając egzaminy na pierwszy stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Towarzyszył tym Kolegom przy egzaminach na II stopień specjalizacji, czerpiąc olbrzymią satysfakcję z uzyskiwanych przez nich wyróżnień i ocen bardzo dobrych i przyjmując gratulacje od komisji egzaminacyjnych za znakomite przygotowanie do egzaminów chirurgów Opolszczyzny.

W ciągu 20 lat swej ordynatury wykształcił 37 chirurgów ogólnych oraz 4 chirurgów naczyniowych, zapewniając kadrę dla oddziałów chirurgicznych całego województwa. Ponadto, wobec podjęcia budowy nowego szpitala w Opolu, przygotował dwa zespoły chirurgów i pielęgniarek tak, by po otwarciu nowej jednostki obydwie oddziały chirurgiczne miały pełne zabezpiecze-

nia kadrowe. Równie ważną dziedziną działalności oddziału było szkolenie następnych pokoleń chirurgów. Po zmianie systemu specjalizacji w 1999 r. Oddział uzyskał akredytację z chirurgii ogólnej (10 miejsc).

W roku 2003 dr n. med. Andrzej Sikorski uzyskał specjalizację z chirurgii naczyniowej i natychmiast rozpoczął specjalizowanie asystentów swego Oddziału. Po uzyskaniu przez 3 z nich specjalizacji z chirurgii naczyniowej, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej WCM w Opolu otrzymał akredytację z chirurgii naczyniowej (3 miejsca). W miarę upływu czasu Oddział zyskał wysoką pozycję w chirurgii polskiej oraz uznanie nadzoru specjalistycznego oraz szacunek ośrodków klinicznych w Polsce. W 2007 r. Doktor Sikorski przeszedł na zasłużoną emeryturę.

Na obraz, będący wspomnieniem człowieka, składają się nie tylko fakty z jego życia, ale także jego pochodzenie, powieść życia, rodzina, powołanie życiowe, charakter, zainteresowania oraz nasze spotkania z nim. Każdy ocenia to trochę inaczej, z innej perspektywy, ale wobec śp. Andrzeja Sikorskiego we wszystkich ocenach jesteśmy zgodni. Wypełniając swoje życiowe powołanie i zadania - był człowiekiem wielkiej pracowitości i oddania pacjentom. Był cenionym lekarzem chirurgiem o niekwestionowanych zasługach dla służby zdrowia Ziemi Opolskiej. Był wspnianym Kolegą.

Wszystkie dokonania, o których tylko wspominałem nie są oczywiście kompletne, ale i nie byłyby one najważniejsze, gdyby nie towarzyszyły im cechy ducha i charakteru śp. Andrzeja Sikorskiego. Zapamiętamy go przecież jako człowieka pracowitego, wymagającego, ale zawsze pogodnego, uśmiechniętego, życzliwego ludziom i ich sprawom, skorego do bezinteresownego działania, otwartego na ludzi, inicjującego i realizującego nowe pomysły i inicjatywy.

Na życie Doktora składały się jeszcze Jego pasje, które towarzyszyły mu od wczesnych lat młodzieńczych. Jedną z nich była muzyka. Wykształcony w szkole muzycznej grał na skrzypcach, pianinie, akordeonie i oczywiście na gitarze. W latach studenckich był założycielem krakowskiego kabaretu „Cyrułik”. Występował tam jako muzyk, śpiewał, pisał teksty i komponował muzykę. To tam, po ogłoszeniu o poszukiwaniu wokalistki, stawiała swoje pierwsze kroki młoda i nieznana wtedy jeszcze piosenkarka - Ewa Demarczyk.

Po studiach, gdy z nakazu pracy znalazł się w Opolu, jego niespokojna artystyczna dusza skierowała Go do teatru Jerzego Grotowskiego. Był tam muzykiem. Karierę artystyczną Doktora Sikorskiego przerwało spotkanie

z ówczesnym dyrektorem Szpitala Wojewódzkiego, który retorycznie spytał „A Pan to chce być lekarzem, czy komediantem?”. Od tego czasu Doktorem Sikorskim zaważnęła inna pasja – rajdy samochodowe. Jeździł swoim Fiatem 125P na liczne rajdy (także zagraniczne) do czasu, kiedy Jego pensja przestała wystarczać na nowe opony i ubezpieczenia rajdowe. W tym okresie mistrzem rajdowym był Andrzej Jaroszewicz, syn ówczesnego premiera. Potem przyszła następna - żeglarstwo. Sam zbudował jacht i od tego czasu każdą wolną chwilę poświęcał na żeglowaniu po jeziorach mazurskich. Po przejściu na emeryturę spędzał tam kilka miesięcy w roku.

Wymieniając te wszystkie pasje nie można jednak nie wymienić tej, która była Jego największą miłością - Chirurgii.

Każde pożegnanie, a szczególnie to ostatnie, składania do zadumy i refleksji. Wspominamy wszystkie sprawy i działania, które łączyły nas. Było ich bardzo wiele i trudno byłoby je wszystkie wymienić. Każdy z nas znających Go mógłby wyliczać sprawy, za które winniśmy mu wdzięczność i każdy mógłby tę listę znacznie wydłużyć.

Był dla nas Przyjacielem, Wychowawcą, Wzorem i Przewodnikiem. Przede wszystkim jednak był Lekarzem, który nigdy nie opuścił chorego w potrzebie. Całe swoje życie poświęcił służbie i ludziom. Był wielkim chirurgiem, który nie dał się nigdy zwieść zaszczytami i stanowiskami. Był również świetnym wychowawcą i nauczycielem młodych chirurgów. Miał szczególny dar w kontaktach z młodymi ludźmi.

Dziękujemy Ci, Drogi Mistrzu i Przyjacielu, że byłeś z nami. Żegnamy Cię dziś w wielkim smutku, ale także z wiarą w sercu, że Twoje dzieło nie przeminie, że staniemy się jego godnymi kontynuatorami i przyczynimy się do jego dalszego rozwoju oraz do upowszechnienia wszystkich tych wartości, które udało nam się przejąć od Ciebie. Dziękujemy Ci za całą wiedzę, jaką nam przekazałeś. To największy skarb, jaki od Ciebie otrzymaliśmy. Zachowamy Cię głęboko w naszych sercach.

Pozostaniesz w naszej pamięci i w sercach, pogodny, życzliwy dla wszystkich. Twój przykład pomoże nam świadczyć innym dobro tak, jak Ty to czyniłeś przez całe swoje życie. Jesteśmy Ci wdzięczni, że byłeś z nami, służyłeś nam nauką, pomocą i radą. Wierzmy mocno, że staniesz przed Bogiem z rękami pełnymi dobrych uczynków. Dobrzy ludzie nie odchodzą nigdy na zawsze.

*Chirurdzy Opolskiego Oddziału Towarzystwa
Chirurgów Polskich, Koledzy, Przyjaciele, Uczniowie*



HOT TOPICS 2013 w Ginekologii Onkologicznej

Zapraszamy **23 lutego 2013 r.** na bardzo intensywne jednodniowe spotkanie do Warszawy, na którym przedstawione zostaną najciekawsze wydarzenia roku 2012 dotyczące ginekologii onkologicznej.

Spotkanie odbędzie się w dwóch częściach. W pierwszej przedstawione zostaną sprawozdania z najważniejszych zjazdów naukowych, jakie odbyły się w roku 2012. W drugiej części zaprezentowane najważniejsze publikacje, jakie ukazały się w 2012 roku w wybranych czasopiśmie. Ocena jednej osoby zawsze bywa subiektywna, dlatego każdy z wybranych zjazdów będzie omawiał zarówno ginekolog onkolog, jak i onkolog kliniczny.

Wybrane zostały trzy najważniejsze zjazdy, na których prezentowane prace mają największe znaczenie dla postępu w ginekologii onkologicznej:

- Zjazd Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO Annual Meeting 2012),
- Zjazd Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO 2012),
- Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (IGCS – 14th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society).

Przedstawione zostaną publikacje z czasopism z najwyższym współczynnikiem oddziaływania (IF) oraz najważniejszych pism dotyczących onkologii i ginekologii onkologicznej: New England Journal of Medicine (NEJM), Cancer, Journal of Clinical Oncology (JCO), Lancet, Lancet Oncology, Annals of Oncology, Oncologist, The International Journal of Gynecological Cancer (IJGC), Gynecologic Oncology.

Termin: 23 lutego 2013 r.

Miejsce: Warszawa, Centrum Konferencyjne Zielna, ul. Zielna 37

Przewodniczący Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Janina Markowska, dr n. med. Radosław Mądry

Organizatorzy: wydawnictwo *Termedia*, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

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

* * *



Nowości w Chorobach Wewnętrznych 2013

Zapraszamy do udziału w kolejnej edycji konferencji **Nowości w chorobach wewnętrznych**, która odbędzie się 2 lutego 2013 r. w Poznaniu. Inspiracją do zorganizowania spotkania jest olbrzymi przyrost wiedzy i dokonań w tak szerokiej dziedzinie, jaką są choroby wewnętrzne. Lekarzowi praktykowi trudno niekiedy na bieżąco śledzić aktualne trendy i zalecenia sygnowane przez rozmaite towarzystwa naukowe. Konferencja będzie zatem wyjątkową okazją do wspólnego zastanowienia się nad zadaniami i kierunkami rozwoju interny. Tematyka obejmuje m.in. zagadnienia związane z nowoczesną strategią leczenia choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i wielu innych. **Udział w konferencji jest bezpłatny.**

Termin: 2 lutego 2013 r.

Miejsce: Poznań, World Trade Center, ul. Bukowska 12

Kierownik Naukowy: dr hab. n. med. Wiesław Bryl Przewodniczący Oddziału Poznańskiego Towarzystwa Internistów Polskich.

Organizatorzy: Towarzystwo Internistów Polskich, oddział w Poznaniu, wydawnictwo *Termedia*.

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

* * *



2nd Peditria UPDATE 2013

Pediatria UPDATE 2013 to nowoczesne, specjalistyczne wykłady interaktywne z udziałem wybitnych specjalistów. Konferencja skierowana jest nie tylko do pediatrów, ale do lekarzy wszystkich specjalności, któ-

rzy na co dzień w swojej praktyce spotykają się z chorymi dziećmi.

Dorastanie – problemy pediatryczno-psychologiczne, kardiologia dziecięca, nefrologia dziecięca, choroby zakaźne wieku dziecięcego, najczęstsze problemy prawne lekarzy, dermatologia wieku dziecięcego, aktualności w szczepionkach ochronnych, problemy żywieniowe niemowląt i małych dzieci – to tylko wybrane tematy.

Termin: 15-16 lutego 2013 r.

Miejsce: Poznań.

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Wojciech Słuzewski.

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

* * *

Na podstawie § 7 pkt. 2 oraz Rozporządzenia MSWiA z dnia 18 kwietnia 2012 r. w sprawie postępowania kwalifikacyjnego w stosunku do kandydatów ubiegających się o przyjęcie do służby w Policji (Dz. U. poz. 432 z 2012 r.) **Opolski Komendant Wojewódzki Policji** poszukuje kandydatów na stanowisko:

• LEKARZ W ZESPOLE MEDYCZNYM SAMODZIELNEGO PODODDZIAŁU PREWENCJI POLICJI W OPOLU

Zgodnie z art. 25 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji - postępowanie kwalifikacyjne dla osób ubiegających się o przyjęcie do służby w Policji w charakterze członka personelu medycznego tj. lekarza Samodzielnego Pododdziału Prewencji Policji w Opolu składa się z następujących etapów:

- złożenie podania o przyjęcie do służby, kwestionariusza osobowego kandydata do służby, a także dokumentów stwierdzających wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe oraz zawierających dane o poprzednim zatrudnieniu,
- przeprowadzenie rozmowy kwalifikacyjnej,
- ustalenie zdolności fizycznej i psychicznej do służby w Policji,
- sprawdzenie w ewidencjach, rejestrach i kartotekach prawdziwości danych zawartych w kwestionariuszu osobowym kandydata do służby,
- przeprowadzenie postępowania sprawdzającego określonego w przepisach o ochronie informacji niejawnych.

Wymagane wykształcenie: lekarz (zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz. U. 2008 nr 136 poz. 857).

Wymagania konieczne:

- aktualne prawo do wykonywania zawodu lekarza na obszarze RP, potwierdzone stosownym dokumentem wydanym przez okręgową izbę lekarską,
- w przypadku mężczyzn - przeniesienie do rezerwy po odbyciu zasadniczej służby wojskowej lub bez jej odbywania.

Osoby zainteresowane przystąpieniem do postępowania kwalifikacyjnego dla osób ubiegających się o przyjęcie do służby w Policji w charakterze członka personelu medycznego tj. lekarza w Samodzielnym Pododdziale Prewencji Policji w Opolu mogą składać dokumenty osobiste w Komendzie Wojewódzkiej Policji w Opolu przy ul. Korfantego 2, 45-077 Opole, p.151.

Wymagany komplet dokumentów stanowi:

- wypełniony kwestionariusz osobowy (część A i B) (do pobrania w każdej jednostce Policji lub ze stron internetowych www.policja.pl, www.opolska.policja.gov.pl
- podanie o przyjęcie do służby w Policji w charakterze lekarza w Samodzielnym Pododdziale Prewencji Policji w Opolu,
- dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe (kserokopie – oryginały dokumentów do wglądu),
- kserokopie świadectw pracy lub służby z poprzednich miejsc pracy, jeżeli wcześniej kandydat do służby pozostawał w stosunku pracy lub służby – oryginały do wglądu,
- książeczka wojskowa (mężczyźni), dowód osobisty oraz prawo jazdy (w przypadku jego posiadania) - do wglądu.

Szczegółowe informacje uzyskać można pod nr tel. 77/422-21-51.

* * *

SP Zespół Szpitala Pulmonologiczno-Reumatologicznych z/s w Kup (46-082 Kup, ul. K. Miarki 6) zatrudni lekarzy internistów. Szczegółowe informacje: Kierownik Działu Personalno-Płacowego Sylwia Skuterka, tel. 77/40-32-859.

* * *

Poszukujemy lekarza do pracy w POZ, z możliwością wejścia do spółki. Kontakt: Bernard Knosala **NZOZ „MED-IZB”**, Izbicko tel:+48 606-641-484.

* * *

Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach
Małych zatrudni w ramach umowy cywilnoprawnej lekarza, który posiada specjalizację w następujących dziedzinach medycyny:

- psychiatrii,
- chorób wewnętrznych,
- neurologii,
- anestezjologii,
- anestezjologii i reanimacji,
- anestezjologii i intensywnej terapii.

Szczegółowych informacji można uzyskać pod nr tel. 77/41-96-522 wew. 21 lub 26.

* * *

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „POLI-MED” Tkaczyński, Michalak, Buczek spółka partnerska, 45-071 Opole ul. Armii Krajowej 7 zatrudni lekarza internistę lub lekarza medycyny rodzinnej do pracy w POZ-ie. Kontakt w sprawie pracy: kierownik Dariusz Kaczyński tel:77/45-12-065.

* * *

Gabinety Lekarskie do wynajęcia!!!

Posiadam do wynajęcia 5 nowo powstałych gabinetów lekarskich przy ul. Kościuszki 35 w Opolu.

Planowane uruchomienie - styczeń 2013 r. Zarówno poczekalnia wraz z recepcją, jak i gabinety są w pełni klimatyzowane. Placówka posiada wyodrębnione pomieszczenie socjalne i inne niezbędne pomieszczenia techniczne. Zapraszam do współpracy wszystkich specjalistów (poza stomatologią). **Telefon kontaktowy: 698-666-071.**

* * *

Wynajmę stomatologowi lub lekarzowi medycyny estetycznej gabinet stomatologiczny mieszczący się na nowo wybudowanym osiedlu w Opolu. Kontakt: tel. 504-233-408.

* * *

Działający w Śródmieściu Opola **gabinet stomatologiczny eMdent** posiada do wynajęcia pomieszczenie (14,4 m²), gotowe do adaptacji na gabinet. Tel. 603-761-294

* * *



XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy
w narciarstwie alpejskim
Bystre 2013

Koleżanki, Koledzy

Komisja Turystyki i Sportu ORL w Rzeszowie informuje, że XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim odbędą się w dniach 1-3 marca 2013 r. w Bystrem k. Baligrodu na stoku Dzidowa.

Program ramowy:

1.03:

- godz. 17.00 zawody - slalom
- godz. 20.00 ogłoszenie wyników

2.03:

- godz. 9.00 zawody – gigant
- godz. 17.30 Konferencja naukowa: Medyczne aspekty uprawiania sportów zimowych
- godz. 19.30 uroczysta kolacja z ogłoszeniem wyników

Dodatkowe informacje, szczegółowy program zawodów oraz kartę zgłoszenia prześlemy po 1.01.2013 r.

Kontakt: Biuro OIL w Rzeszowie, tel. 17/853-58-37, fax: 17/853-94-31, rzeszow@hipokrates.org, www.rzeszow.oil.org.pl

Przewodnicząca KTiS ORL w Rzeszowie
Maria Szuber

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

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

* * *



Psychopatologia wieku dziecięcego, D. Marcelli; wyd. I polskie, red. H. Jaklewicz; ISBN: 978-83-7609-799-2, format: 168x238, opr. broszurowa, 620 stron, cena det.: 169.00 zł, twoja cena: 143.65 zł (338 ELS pkt)

Książka Psychopatologia wieku dziecięcego jest opracowaniem całościowym, ukazującym perspektywę historyczną omawianych zagadnień w odniesieniu do etiopatogenezy i jej podstaw teoretycznych.

Autorzy, z perspektywy wielu zróżnicowanych opcji teoretycznych, od biologicznych do psychoanalitycznych i środowiskowych, dokonują analizy obszarów normy i patologii, podkreślają wagę aspektu rozwojowego dla zrozumienia powstawania zjawisk psychopatologicznych i ewolucji zaburzeń psychicznych u dzieci. Wiele uwagi poświęcają znaczeniu czynników środowiskowych (rodzina, szkoła) w etiopatogenezie tych zaburzeń.

Podręcznik zasługuje na polecenie lekarzom psychiatrom dziecięcym i pokrewnych specjalności, specjalistom pracującym z dziećmi, a także studentom przygotowującym się do pracy z nimi.

(Z przedmowy do wydania I polskiego)

* * *



Anestezjologia. Larsen Tom.1; R. Larsen; wyd. III polskie, red. A. Kübler; ISBN: 978-83-7609-876-0, format: 196x269, opr. twarda, 1500 stron, cena det.: 260.00 zł, twoja cena: 195.00 zł (520 ELS pkt)

„Anestezjologia Larsena cieszy się ciągle bardzo dużym powodzeniem wśród polskich anestezjologów, potwierdzając niemiecki fenomen popularności tego podręcznika. Dlatego przygotowanie polskiemu czytelnikowi tłumaczenia kolejnego, dziewiątego już, niemieckiego wydania jest całkowicie uzasadnione i chwała za to wydawnictwu Elsevier Urban & Partner.

Nowe wydanie aktualizuje wiedzę medyczną z zakresu anestezjologii klinicznej, wnosząc szereg nowych informacji przekazanych w jasnej i dostępnej formie. Szczególnie cenne jest zamieszczenie w tym wyda-

niu licznych wytycznych naukowych towarzystw medycznych w takich bardzo istotnych obszarach, jak np.: przygotowanie przed operacyjne w różnych stanach chorobowych czy postępowanie śródoperacyjne przy odmiennych technikach znieczulenia i w różnych populacjach znieczulanych pacjentów. Wytyczne te mają bardzo istotną wartość szkoleniową, a tak że praktyczną nie tylko dla lekarzy w trakcie specjalizacji, ale też dla specjalistów, którzy zaglądając do tego podręcznika będą mogli znaleźć odpowiedzi na wiele zagadnień i problemów w towarzyszących im w codziennej pracy.

W ostatnim czasie na rynku wydawniczym pojawiło się wiele nowych pozycji książkowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, zarówno związanych i ukierunkowanych, jak też obszernych i wszechstronnych. Są to bardzo pożądane wydarzenia dla naszej specjalności. Należy się jeszcze bardziej cieszyć, że niezależnie od nich od lat funkcjonuje w środowisku anestezjologicznym uznany probierz jakości, odnawiające się ciągle przystępne źródło wiedzy, innymi słowy – »nasz Larsen«.

(Z przedmowy do wydania polskiego)

* * *

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE WEDŁUG DSM-IV-TR

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION ARLINGTON, VA

Wersja ta zawiera wszystkie tabele klasyfikacji:

- listę patologii,
- podtypy zaburzeń,
- kody i kryteria diagnostyczne.

Dzięki specyficznym funkcjonalnościom Aplikacja oferuje łatwą i szybką nawigację w obrębie klasyfikacji i umożliwia wyszukiwanie według:

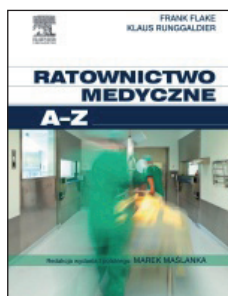
- słów kluczowych,
- kodu,
- klasyfikacji zaburzenia.

Aplikacja jest dostępna:

Google Android v. 2.1 lub nowszy

Available on the App Store

Apple iOS v. 4.0 lub nowszy



Ratownictwo medyczne A-Z

F. Flake, K. Runggaldier; wyd. I polskie, red. M. Maślanka; ISBN: 978-83-7609-772-5, format: 200x275, opr. twarda, 340 stron, cena det.: 182.00 zł, twoja cena: 154.70 zł (364 ELS pkt)

Książka jest skierowana przede wszystkim do ratowników medycznych i personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych. Przedstawiono w niej podstawowe zasady skutecznego i bezpiecznego postępowania w stanach nagłych. Podręcznik ukie-rukowany jest na praktykę medyczną, a jego jednolita i przejrzysta forma niezwykle ułatwia korzystanie z niego. Czytelnik znajdzie tutaj informacje dotyczące m.in. właściwej oceny stanu pacjenta, technik wykonywania czynności ratunkowych, sposobów transportu pacjenta i zaopatrywania ran, intubacji czy drenażu jamy opłucnej.



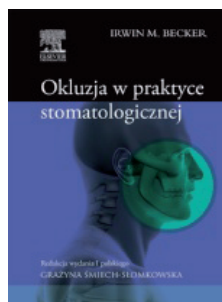
Okuloplastyka. Putterman; wyd. I polskie, red. A. Zieliński; ISBN: 978-83-7609-699-5, format: 137x172, opr. twarda, 350 stron, cena det.: 322.00 zł, twoja cena: 273.70 zł (644 ELS pkt)

Jest to pierwsze polskie wydanie bestselleru dr Allena M. Puttermanna. Książka zawiera m.in. opis technik operacji okołoczołowych, współczesne poglądy na temat mechanizmów zmian w obrębie tkanek okolicy oczodołu

związanych z wiekiem, a także niechirurgiczne metody postępowania w zwalczaniu objawów starzenia się twarzy. Niewątpliwą zaletą tej książki jest wielospecjalistyczne ujęcie tematu i połączenie czynnościowych aspektów rekonstrukcji oczodołu z estetycznymi ideami mocno osadzonymi zarówno w chirurgii plastycznej, jak i okulistyce.

Mam nadzieję, że podręcznik ten stanie się źródłem nowoczesnej wiedzy okuloplastycznej i wypełni lukę w polskojęzycznej literaturze poprzez prezentację szerokiego spektrum metod, zoptymalizowanie precyzji i zwiększenie spójności uzyskiwanych wyników. Wierzę, że polskie wydanie *Okuloplastyki* przyczyni się do dalszego rozwoju medycyny.

Prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński, specjalista chirurgii plastycznej



Okluzyja w praktyce stomatologicznej, I.M. Becker; wyd. I polskie, red. G. Śmiech-Słomkowska; ISBN: 978-83-7609-686-5, format: 168x238, opr. broszurowa, 300 stron, cena det.: 164.00 zł, twoja cena: 139.40 zł (328 ELS pkt) Okluzyja odgrywa bardzo ważną rolę niemal w każdej specjalności stomatologicznej. Brak zrozumienia zasad okluzyji prowadzi do niepowodzeń leczenia i dyskomfortu pacjenta. Głównym celem książki *Okluzyja w praktyce stomatologicznej* jest przedstawienie czytelnikowi w zwięzły i klarowny sposób szeroko pojętych zasad okluzyji i wykorzystania ich w codziennej praktyce stomatologicznej. Książka skierowana jest przede wszystkim do stomatologów zachowaw-

czych i ortodontów, może być również cennym źródłem informacji dla protetyków i techników dentystycznych. Omówiono w niej podstawy anatomiczne okluzyji, zasady okluzyji z perspektywy funkcjonalnej, parafunkcjonalnej, periodontologicznej i estetycznej, planowanie leczenia, a także zasady zastosowania szyny zwarciowej.



Jelito cienkie, jelito grube, trzustka. Seria Gastroenterologia i hepatologia w praktyce klinicznej, N. J. Talley, S.V. Kane, M.B. Wallace; wyd. I polskie, red. J. Chojnacki; ISBN: 978-83-7609-788-6, format: 210x276, opr. twarda, 510 stron, cena det.: 249.00 zł, twoja cena: 211.65 zł (498 ELS pkt)

„Informacje zawarte w książce *Jelito cienkie, jelito grube, trzustka* (Seria Gastroenterologia i hepatologia w praktyce klinicznej) pozwalają zrozumieć patogenezę i istotę wielu chorób układu trawiennego oraz prawidłowo je rozpoznawać i leczyć. Szczególnie cenne są wiadomości dotyczące patologii jelita cienkiego, gdyż choroby tej części układu pokarmowego, mimo postępu metod badawczych, nadal sprawiają trudności diagnostyczne. W pozycji tej uwzględniono również ważne zagadnienia z zakresu patologii trawienia i wchłaniania, zaburzeń odżywiania oraz leczenia żywieniowego. Obszerne informacje zamieszczono w rozdziałach poświęconych chorobom jelita grubego, w tym czynnościowym i zapalnym. Zawarta jest w nich wiedza o charakterze praktycznym, oparta na opisach różnorodnych przypadków chorobowych, na podstawie której omówiono proces diagnostyki i postępowanie

terapeutyczne. Istotne jest, że opieka nad pacjentem jest sprawowana zespołowo przez gastroenterologów, chirurgów i specjalistów do spraw leczenia żywieniowego. Wspólnie podejmowane są sposoby postępowania diagnostycznego oraz zasady leczenia zachowawczego i chirurgicznego w najczęstszych chorobach narządów jamy brzusznej.”

Z Przedmowy do wydania polskiego Książka jest dostępna w trybie Druk na życzenie.

Termedia sp. z o.o.

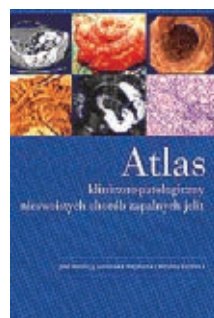
61-615 Poznań, ul. Kleeberga 2,

tel./faks: 61/656-22-00

e-mail: ksiazka@termedia.pl

Książka do nabycia na

www.termedia.pl



Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit, pod redakcją Jarosława Wejmiana i Witolda Bartnika; ISBN: 978-83-62138-62-3, format: 205x290, opr. twarda, 180 stron, cena: 89.25 zł (w tym VAT 5%)

Książka zatytułowana „*Atlas kliniczno-patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit*” rzeczywiście jest atlasem, i to znakomitym, ponieważ zawiera wspaniałe zdjęcia endoskopowe, anatomopatologiczne, radiologiczne, ultrasonograficzne i schematy zabiegów chirurgicznych.

Jest jednak także świetnie napisanym, zwięzłym podręcznikiem, w którym czytelnik znajdzie aktualną wiedzę na temat nieswoistych zapaleń jelit. Została napisana przez zespół autorów z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – z Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii, Zakładu Patologii oraz Kliniki Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego, którzy od lat zajmują się tymi choro-

bami, mają ogromną wiedzę i doświadczenie w diagnostyce oraz leczeniu nieswoistych zapaleń jelit. Tą wiedzę i doświadczeniem dzielą się w książce z czytelnikami, co bardzo podnosi jej wartość.

Dzielo podzielone jest na szereg rozdziałów, w których przedstawiono aktualną wiedzę na temat nieswoistych chorób zapalnych jelit: epidemiologię, etiopatogenezę, obraz kliniczny i endoskopowy, dokumentację zmian mikroskopowych wycinków biopsyjnych oraz obrazów makroskopowych, a także leczenie zachowawcze i chirurgiczne.

Bardzo cenne jest omówienie zasad dobrej współpracy pomiędzy gastroenterologiem i patologiem podczas diagnozowania zmian w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Podano, jakie informacje kliniczne są niezbędne dla patologa, aby właściwie interpretować nadesłane wycinki, oraz czego powinien od patologa oczekiwać gastroenterolog. W tej dziedzinie jest szczególnie dużo do zrobienia. Bardzo przydatne i godne rozpowszechnienia są wzory formularzy, które powinny być załącznikami do kierownego do badania materiału z biopsji w czasie kolonoskopii i materiału resektowanego z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Zamieszczone na końcu książki przykłady postępowania w przypadkach nieswoistych chorób zapalnych jelit, począwszy od zebrania wywiadu i ustalenia rozpoznania klinicznego, poprzez leczenie zachowawcze i chirurgiczne, do badań patomorfologicznych i ostatecznej diagnozy, świetnie obrazują właściwy przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego w tych chorobach.

Książkę tę gorąco polecam gastroenterologom, chirurgom przewodu pokarmowego, pediatrom i anatomopatologom oraz wszystkim lekarzom mającym kontakt w swojej praktyce z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit.

Andrzej Nowak