



Nr 6-7/2016 (311-312) czerwiec-lipiec 2016

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



Czy etyka lekarska jest potrzebna?

s. 4-22

**TOYOTA**ALWAYS A
BETTER WAY

Sprawdź wyjątkowe ceny na 25-lecie Toyoty w Polsce!



Dokładnie 25 lat temu Toyota pojawiła się na polskim rynku motoryzacyjnym. Z tej okazji mamy dla Ciebie limitowane edycje modeli Toyoty ze specjalnymi pakietami wyposażenia w wyjątkowych cenach.

Nie czekaj, liczba aut w promocji jest ograniczona! Szczegóły w salonach Toyoty.

25**LAT W POLSCE**
EDYCJA SPECJALNA**Toyota Bielany Nowakowski**

ul. Czekoladowa 10

55-040 Bielany Wrocławskie

f Toyota.Bielany.Nowakowski**Toyota Wałbrzych Nowakowski**

ul. Uczniowska 21

58-306 Wałbrzych

f ToyotaWałbrzychNowakowski**www.ToyotaNowakowski.pl**

Toyota Yaris – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 3,3 do 5,1 l/100 km i od 75 do 119 g/km (cykl średni). Toyota Auris – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 3,5 do 6,2 l/100 km i od 79 do 143 g/km (cykl średni). Toyota Aygo – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta 4,1 l/100 km i od 95 do 119 g/km (cykl średni). Toyota RAV4 – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,7 do 7,3 l/100 km i od 124 do 169 g/km (cykl średni). Toyota Avensis – zużycie paliwa i emisja CO₂ w zależności od wariantu i wersji auta od 4,2 do 6,3 l/100 km i od 108 do 145 g/km (cykl średni). Podane zużycie paliwa i emisja CO₂ zostały zmierzone zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu UE 715/2007 z późn. zm. i aktami wykonawczymi, dla różnych wersji wyposażenia na rynek europejski. Zużycie paliwa i emisja spalin CO₂ w konkretnym pojeździe w warunkach drogowych mogą różnić się od podanych wyników pomiarów. Na zużycie paliwa i emisję CO₂ wpływa sposób prowadzenia pojazdu oraz inne czynniki (takie jak: warunki drogowe, natężenie ruchu, stan pojazdu, ciśnienie w oponach, zainstalowane wyposażenie, obciążenie, liczba pasażerów itp.). Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji: www.toyota.pl. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Toyoty.

SPIS TREŚCI

CZY ETYKA LEKARSKA JEST POTRZEBNA?

4 **Lekarzem się jest czy bywa?**
Krzysztof Stachewicz

8 **Czym jest współczucie i jak go nauczać?**
Tomasz Pasierski

11 **Etyka życzliwości**
Jarosław Barański

13 **Jesteśmy rodziną**
Andrzej Wojnar

14 **Bioetyka i najwyższa powinność lekarza**
Kazimierz Szewczyk

17 **Kodeks etyczny to nie wszystko**
Paweł Łuków

20 **Zawód lekarza w społecznych opiniach i ocenach**
Rafał Boguszewski

Wywiady „Medium”

23

Wydarzyło się

28

39 **Sprawozdanie z działalności Del. Wałbrzyskiej**
Dorota Radziszewska

NASI STOMATOLODZY

40 **FDI Poznań 2016 – czas wyborów**
Łukasz Sowa

PRAWO A MEDYCYNA

42 **Prawo na co dzień**
Beata Kozyra-Łukasiak

Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA

44 **Wywieranie wpływu na postawy i zachowania pacjentów**
Dariusz Delikat

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

47

Uchwały DRL i Prezydium DRL

48

Kursy

49

Konferencje i szkolenia

50

Komunikaty

52

Felietony

53

Wspomnienia pośmiertne

54

Pro memoria

56

Ogłoszenia

58

**Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 798 80 50, fax 798 80 51,
redakcja: 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570**

Józef Lula – redaktor naczelny, Magdalena Janiszewska
– redaktor/korekta/oprac. graf./reklama, Wiktor Wołodkiewicz
– skład i łamanie, Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący, Alicja Marczyk-Felba,
Andrzej Kierzek, Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów
niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji tekstów,
opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 15 czerwca 2016 r.

Druk: Zakład Poligraficzny GREG, ul. Poezji 19, 44-113 Gliwice,
tel. 32 234 08 36, fax 32 234 12 70

Komentarz aktualny



Fot. z archiwum „Medium”

Jeśli ktoś myśli, że działając w jakiegokolwiek sferze publicznej można uciec od polityki, to się myli. Jest ona wszechobecna, a każdy, kto chce coś realnie zrobić, musi wejść – prędzej czy później – w krąg jej wpływu, narażając się równocześnie na przykre konsekwencje efektów ubocznych takiej działalności. Zaczął ostatnio tego doświadczać obecny minister zdrowia, a byłby prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – Konstanty Radziwiłł. Temat ochrony zdrowia w warunkach permanentnego niedofinansowania systemu jest zawsze nośny, a wyborcy i szczególnie politycy bardzo szybko zapominają, jak to do niedawna ze zdrowiem było, i z pasją zaczynają atakować następców. Prawo pierwszego strzału dostał znany ze swojego, mówiąc delikatnie, powierzchownego podejścia do rzetelności dziennikarskiej tygodnik „Newsweek”, epatując czytelników artykułem „Książę”, zamieszczonym w numerze 19/2016. Pomijając szczegóły, główną tezę artykułu było „rewelacyjne” doniesienie, że jakoby pan minister na samym początku swojej drogi sprezentował Naczelnej Izbie Lekarskiej, czyli swoim kolegom lekarzom, 16 milionów złotych za wątpliwy, według gazety, zwrot kosztów za czynności przejęte niegdyś od administracji państwowej. Nie wnikając w kompletnie pomieszczone fakty, liczby, wnioski i pojęcia, warto przypomnieć, jak było naprawdę z tymi pieniędzmi, które w wyniku długich negocjacji i sporów sądowych trafiły do kas WSZYSTKICH izb, a nie tylko Naczelnej.

W 1989 roku samorząd lekarski w ramach reform przejął do realizacji wiele zadań od administracji państwowej: wydawanie praw wykonywania zawodu, prowadzenie rejestrów i spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Wszystkie koszty tych czynności miały być zrefundowane, co zagwarantowano ustawowo w 1989 roku, a następnie w roku 2009. Niestety, jak to zazwyczaj bywa z reformami samorządowymi, środki przekazywane izbom przez Ministerstwo Zdrowia były dużo mniejsze niż rzeczywiste ich wydatki i nie rosły mimo stałego wzrostu kosztów. W ostatnich latach doszło do tego, że refundacja ograniczała się do 20 proc. faktycznie poniesionych przez izby nakładów. Czynności wykonywane dla państwa były więc w większości pokrywane ze składek lekarskich, a nie z budżetu państwa. W ostatnich latach część izb lekarskich wstąpiła na drogę sądową, w tym i nasza. Dwie izby swoje procesy zakończyły z powodzeniem i odzyskały poważne kwoty. Wygrane procesy potwierdziły, że izbom lekarskim za czynności wykonywane w imieniu administracji państwowej należą się pieniądze z budżetu państwa, a nie ze składek ich członków. W 2014 roku ówczesny minister zdrowia przekazał Naczelnej Izbie Lekarskiej 383 092 zł, a 23 okręgowym izbom lekarskim łącznie 1 726 271 zł; w 2015 roku Naczelna Izba Lekarska otrzymała 597 542 zł, a izby okręgowe 2 954 147 zł; natomiast minister Radziwiłł zaproponował na 2016 rok Naczelnej Izbie Lekarskiej 841 599 zł, a izbom okręgowym 5 534 196 zł. Przy czym koszty poniesione przez izby lekarskie w 2015 roku wyniosły ogółem 11 629 387 zł (1 534 344 zł po stronie NIL, 10 095 043 zł po stronie izb okręgowych). Za lata 2007-2015 łączny dług Ministerstwa Zdrowia w stosunku do Naczelnej Izby Lekarskiej wyniósł 8 014 229 zł, a za ten sam okres wobec 23 okręgowych izb lekarskich – 50 162 677 zł! Minister Radziwiłł musiał zmierzyć się z tematem wieloletniego zadłużenia wobec izb. Podjął rozmowy, które dotyczyły zwrotu kosztów poniesionych na zadania państwowe za lata 2007-2015. Po długich negocjacjach Naczelna Izba Lekarska i wszystkie 23 izby okręgowe solidarnie zgodziły się na przyjęcie 1/6 długu, czyli 10 000 000 zł (1 229 748 zł dla NIL i 8 770 252 zł dla izb okręgowych) w zamian za odstąpienie od procesów sądowych.

W dzisiejszej polityce fakty mają jednak małe znaczenie. Najważniejsza jest agresja i jak największy rozgłos w myśl zasady: nieważne, co o nas mówią, ważne, żeby mówiono cokolwiek i nazwisk nie pomyłono. Niemal natychmiast przystąpiono do kolejnych ataków na nasz samorząd: w maju grupa posłów Ruchu Kukiz'15 wystosowała kuriozalną interpelację, w której zwrócono się do ministra zdrowia z żądaniem przeanalizowania zagadnienia związanego z wysokością opłat członkowskich pobieranych od lekarzy na rzecz (sic!) Naczelnej Izby Lekarskiej, za które... kilka izb zakupiło jachty o znacznej wartości dla własnego użytku! Pojawił się także zarzut, że Naczelna Izba Lekarska otrzymała... 16 milionów złotych dotacji z Ministerstwa Zdrowia! Te nazwiska warto zapamiętać, żeby natychmiast zapomnieć: posłowie Jarosław Sachajko z Chełma, Jakub Kulesza z Lublina, Paweł Skutecki z Bydgoszczy i Jerzy Kozłowski z Kalisza popisali się kompletną ignorancją, nie zadając sobie nawet trudu rozróżnienia izby naczelnej od okręgowych. Gdy czyta się takie interpelacje, na usta ciśnie się cytaty autorstwa filmowego dr. Strosmyera z popularnego niegdyś serialu „Szpital na skraju miasta”: „Gdyby głupota miała skrzydła, latałaby Pani jak gołębicą”.

Ale stawiam dolary przeciwko orzechom, że to dopiero początek...

P. Walec



Utożsamiać się z zawodem – wykonywać zawód



Fot. z archiwum autora

Prof. dr hab. Krzysztof Stachewicz
Filozof, etyk, profesor zwyczajny Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, kierownik Zakładu Filozofii Chrześcijańskiej. Główne obszary zainteresowań: etyka, metaetyka, aksjologia, antropologia filozoficzna. Wydał pięć książek autorskich, m.in.: „Problem ugruntowania moralności. Studium z etyki fundamentalnej”, „Milczenie wobec dobra i zła. W stronę etyki sygetycznej i apofatycznej”, „Życie i rozumieć” i zredagował cztery wieloautorskie. Opublikował ponad sto artykułów i rozpraw naukowych.

LEKARZEM SIĘ JEST CZY BYWA? KILKA REFLEKSJI ETYKA

Tekst Krzysztof Stachewicz

Czasy tzw. płynności ponowoczesnej – w których, jak przekonuje wielu socjologów i filozofów, żyjemy – sprawiają człowiekowi niemało kłopotów ze swą tożsamością, w tym z tożsamością zawodową. (...) Żyjemy jednak w czasach prymatu „bywa się” nad „jest się”, epizodu i fragmentu nad całością, niezbornej serii życiowych uwarunkowań losowych nad logikę życia etc. To nie przypadek, że nasze tytułowe pytanie może się pojawiać we współczesnym świecie, we wcześniejszych epokach byłoby jednak uznane za dość nietwórczą próbę prowokacji. Dziś staje się pytaniem sensownym, wymagającym namysłu i oczekującym odpowiedzi.

Truizmem jest stwierdzenie, że istnieją zawody, które wpisują się w kategorię powołania, które określają tożsamość człowieka głębiej niż inne. Czynią one płynnymi, a nierzadko znoszą granicę pomiędzy czasem przeznaczonym na pracę i czasem wolnym. Wykonywanie tych zawodów jest ściśle związane z całościowym projektem życiowym, zwanym właśnie powołaniem. To zawody tzw. wysokiego zaufania społecznego, które nakłada na ich przedstawicieli szczególne obowiązki moralne oraz etyczne, i wymaga od ich przedstawicieli postawy szczególnej troski w stosunku do powierzonych im spraw. Tradycyjnie i powszechnie do katalogu tych zawodów zaliczany jest lekarz.

Postawić tu wypada pytanie bardziej ogólnej natury, mianowicie, co powoduje zaliczenie określonego zawodu do tej kategorii? Wydaje się, że przede wszystkim ranga wartości, które są zadane i wpisane w pole odpowiedzialności określonego zawodu. W polu odpowiedzialności nauczyciela leżą wartości związane z edukacją i wychowaniem młodego pokolenia, polityka – sfera związana z dobrem wspólnym, naukowiec – sfera związana z szeroko rozumianą prawdą etc. W przypadku lekarza jest to życie i – związane z nim ściśle – zdrowie człowieka. Ta druga wartość wcale nie jest – jak czasem się to ujmuje – najwyższa, ale nie ulega wątpliwości, że stanowi dla człowieka dobro najbardziej fundamentalne. Bez tej wartości trudno jednak realizować jakiegokolwiek inne dobro, także wyższe. Banalny ból zęba potrafi skutecznie skupić na sobie całą uwagę i uniemożliwić jakiegokolwiek działanie niezwiązane z nim bezpośrednio. Tym bardziej konstatacja powyższa odnosi się do życia. Fundamentalność życia i zdrowia, ich charakter fundacyjny wobec innych wartości czy dóbr uzasadnia i uprawomocnia szereg obowiązków i powinności moralnych związanych z ich ochroną. Adresatem owych zobowiązań są poniekąd wszyscy ludzie, ale i instytucje społeczne czy państwowe. Normatywność ta w sposób szczególny dotyczy jednak lekarza. W takiej perspektywie odpowiedź na pytanie postawione w tytule artykułu jawi się jako oczywista. Lekarzem się jest. Bywa się, dla przykładu, fryzjerem, szewcem, krawcem, sprzedawcą, hydraulikiem. A to dlatego, że wartości estetyczne, ekonomiczne czy użytecznościowe mają radykalnie inny status bytowy i normatywny niż życie i zdrowie człowieka. Można więc mówić o aksjologicznej i moralnej odmienności zawodów ze względu na typ wartości, które są realizowane przez przedstawicieli danego zawodu. Poziom ich fundamentalności, a w pewnych przypadkach także ich uhierarchizowania, określa bowiem charakter aksjologiczny i moralno-etyczny zawodu.

Fundamentalność wartości życia ludzkiego sprawia zatem, że zawód lekarza z jednej strony jest wpisany w szereg niełatwych zobowiązań moralnych oraz obudowany zostaje bogatą infrastrukturą prawną, a z drugiej strony staje się zawodem o sporym potencjale zaufania społecznego i związanego z tym prestiżu. Oczekiwanie wobec lekarzy, ich postaw i zachowań nierzadko doznają zawodu i rodzącej się z tego powodu frustracji. Z drugiej strony wpisywanie się wielu medyków w swoisty wzór moralny i etyczny budzi szczególny podziw i społeczne uznanie. Literackie postacie moralnie dobrych, często heroicznych w swym działaniu, lekarzy wchodzą do pewnego typu kodów językowych. Doktor Judym z powieści Stefana Żeromskiego, jest tego najlepszym przykładem. To lekarz, który swoje powołanie postawił ponad osobiste szczęście i wyrzekł się miłości, skazując na niechcianą przecież przez niego samotność. Fraza „prawdziwy lekarz” odnosi się do medyka, który ze swego zawodu uczynił rdzeń swej osobowości, a jednocześnie fundament swej osobowej tożsamości. Kategoria tożsamości przeżywa jednak wspólnie wiele zagrożeń, o których kilka słów poniżej.

Ponowoczesne problemy z tożsamością

Czasy tzw. płynności ponowoczesnej – w których, jak przekonuje wielu socjologów i filozofów, żyjemy – sprawiają człowiekowi niemało kłopotów ze swą tożsamością, w tym z tożsamością zawodową. Stałość wszak pozostaje w konflikcie ze zmiennością. Trafnie pisał o tym Sławomir Mrożek: „Świat stał się bieganią, każdy biegnie z miejsca na miejsce i pyta drugiego: Nie było tu mojego Ja? Szukam go wszędzie. Nie, ale może Pan widział moje tam, skąd Pan przybywa. Tu tamtego nie było, tego tam nie ma. Więc znowu pędzą, a wszyscy zdyszani. Już nawet ćwierćinteligent wie, że musi szukać swojego Ja, zamiast się czegoś porządnie nauczyć. Szukanie swojego „ja” to zajęcie, które usprawiedliwia każde głupstwo, a nawet zbrodnię, nie mówiąc o zwyczajnej nieodpowiedzialności. A ponadto nadaje wyraz głębokiej troski intelektualnej imbecyliom i zalotnikom” (S. Mrożek, Małe listy, *Dialog* 7, 1977). Współbrzmi z tym diagnoza znanego socjologa Zygmunta Baumana: „Olbrzymi kram wypełniony wszelakimi kostiumami, a przed kramem tłoczy się tłum złożony z poszukiwaczy „Ja”... Przebierać się można w nieskończoność, jakaż więc wolność nieograniczona, o ile maskaradę uznamy za rzeczywistość... Szukajmy więc swojego „Ja”, pyszna to zabawa – pod warunkiem, że nigdy go nie znajdziemy. Wtedy byłby koniec zabawy” (Z. Bauman, *Moralność w niestabilnym świecie*, Poznań 2006, s. 27). Mamy tu dystans, ironię, sarkazm, ale i trafność diagnozy. Żyjemy jednak w czasach prymatu „bywa się” nad „jest się”, epizodu i fragmentu nad całością, niezbornej serii życiowych uwarunkowań losowych nad logikę życia etc. To nie przypadek, że nasze tytułowe pytanie może się pojawiać we współczesnym świecie, we wcześniejszych epokach byłoby jednak uznane za dość nietwórczą próbę prowokacji. Dziś staje się pytaniem sensownym, wymagającym namysłu i oczekującym odpowiedzi.

Pytanie o czynnik tożsamości lekarza jest wielowarstwowe i może być odnoszone do bardzo różnych płaszczyzn, jak choćby ukończenie studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, praktyka lekarska etc. Można jednak pytać o – i zdaje się ta płaszczyzna być wyróżniona ze względu na swą fundamentalność – tożsamość lekarza w perspektywie jego odniesienia do *ethosu*, rozumianego tu jako przestrzeń normatywności moralnej związanej z wykonywaniem tego zawodu, jako przestrzeń odpowiedzialności. Ale zanim przejdziemy do uwag związanych z *ethosem*, krótko zarysujemy jeszcze jedną składową czasów, w których żyjemy.

Miedzy zdrowiem a chorobą

Już Platon, w czasach greckiej starożytności, zauważał w jednym ze swych dialogów, że nieustanna troska o zdrowie może być chorobą. Czasy ponowoczesne zdają się czynić prorocstwo z zapisanych dwa i pół tysiąca lat temu słów wielkiego filozofa. Dbanie o zdrowie zaczyna bowiem w niektórych środowiskach przybierać cechy obsesji. Tym groźniejszej, że żyjemy w dobie takiego poziomu zaawansowania potencjalnych technik diagnostycznych, że nikt zdaje się już nie być zdrowy, a stwierdzenie, że zdrowy jest ten człowiek, który nie został dostatecznie dokładnie przebadany, traci swój żartobliwy sens i coraz bardziej adekwatnie opisuje rzeczywistość. Do tego dochodzą kłopoty ze zdefiniowaniem zdrowia. Trudno odmówić słuszności niemieckiemu psychiatrze i filozofowi, gdy pisze: „Wprawdzie w naszych społeczeństwach zdrowie uważane jest za największe dobro, jednak nikt dokładnie nie wie, co to takiego” (M. Lütz, *Szczęście w pigułce. Kiedy troska o zdrowie staje się chorobą*, tłum. M. Dobija, Kraków 2012, s. 28). Cały ten kontekst rodzi nowe – bywa, że nadmierne – oczekiwania pacjentów wobec lekarzy, nie przyczyniając się raczej do prawidłowego ułożenia tych, i tak z istoty niełatwych,



relacji. Poza tym, technicyzacja diagnostyki i terapii medycznej silnie zapośrednicza stosunek lekarza do pacjenta, prowadząc nierzadko do procesów depersonalizacji. Silne podkreślanie autonomii pacjenta, walka z jakimikolwiek przejawami paternalizmu medyków sprawia często, że decyzja lekarza staje w cieniu decyzji pacjenta i zdaje się stanowić wyłącznie pomocniczą funkcję w procesie decydowania o przebiegu leczenia. Pacjent w takiej perspektywie odczuwa dość często swoistą bezradność i „skazanie” na decyzję. Poza tym wskazywanie na rzekomą samowolę moralną lekarzy, dokonywaną na gruncie tzw. klauzuli sumienia, dopełnia obrazu. W takich klimatach „bywanie” lekarzem staje się pewną konsekwencją sytuacyjną, swoistą ucieczką od nadmiernych oczekiwań wobec siebie i od dość kakofonicznych klimatów związanych z powinnościami i oczekiwaniami. „Bywać” zamiast „być” – różnica dotyczy w tym przypadku głównie tożsamości moralnej lekarza, jego *ethosu*. To on nadaje zawodowi lekarza swoistą ciągłość i pozwala przewyższać ponowoczesne dążenia do epizodyczności. Przejdźmy zatem do kilku kwestii z tym związanych.

W kręgu *ethosu* lekarza: między normami a sumieniem

Niewątpliwie istnieją pewne uniwersalia aksjologiczne i moralne wcielane w poszczególne modele etyczne realizacji zawodu lekarza, a aktualność przysięgi Hipokratesa jest tego najlepszym dowodem. Odpowiedzialność, uczciwość, sprawiedliwość jako wartości *stricte* moralne, czy też profesjonalizm – jako wartość pozamoralna, choć nie do przecenienia dla bycia dobrym lekarzem! – to dziejowe i kulturowe niezmienniki. Z drugiej strony trzeba zwrócić uwagę na historycznie zmienne i wieloczynnikowo uwarunkowane faktycznie funkcjonujące zasady i normy z zakresu etyki lekarskiej. Jawi się pytanie o współczesny model, z jednej strony realizujący niezmiennie wartości, a z drugiej dostosowany do realiów nie tylko medycznych, ale i społecznych i mentalnych społeczeństwa późnej nowoczesności. Model ten musi uwzględniać obok uniwersaliów moralno-etycznych także uwarunkowania szeroko rozumianej polityki społecznej, realizowanej w danym kraju, możliwości finansowania służby zdrowia, a także struktur mentalnych ludzi etc. Współcześnie dyskutowane są szeroko modele w pewnym sensie paradygmatycznie wypracowane przez dwóch amerykańskich myślicieli. Edmund Pellegrino (1920-2013; autor ponad 20 książek i blisko 600 artykułów) ze swą hipokratejską etyką dobra pacjenta o wyraźnie teleologicznym charakterze oraz Robert Veatch (około 30 książek w dorobku oraz ponad 500 artykułów) z propozycją medycznej etyki kontraktualistycznej (opartej na kontrakcie społecznym, choć z uwzględnieniem trwałych wartości moralnych) rozwijają dwie alternatywne wizje etyki medycznej i bioetyki, szukając podstaw dla moralności w diametralnie różnych przestrzeniach. Pierwszy z nich głównie w filozofii (antropologii, etyce i metafizyce), a drugi w szeroko pojętej refleksji prakseologicznej, zmierzającej do instytucjonalnej optymalizacji opieki medycznej, choć również tu pojawia się refleksja filozoficzna. Dyskusja między tymi stanowiskami to ważny nerw współczesnego myślenia o etyce medycznej i lekarskiej.

Warto pamiętać o odgraniczeniu etyki lekarskiej od bioetyki, gdyż nie są to synonimy, choć często są tak traktowane. Początki etyki lekarskiej sięgają głębokiej starożytności, początki bioetyki to zaledwie kilkadziesiąt lat wstecz. Ta pierwsza jest próbą normatywnego odczytania *ethosu* lekarza w wykonywanym przez niego zawodzie, jego moralnych powinności i zobowiązań. Bioetyka natomiast jako etyka życia narodziła się z gigantycznego postępu technik biomedycznych i jest pojęciem szerszym, gdyż odnosi się do całokształtu moralnych aspektów życia i śmierci człowieka. Obie gałęzie refleksji etycznej są oczywiście ze sobą silnie powiązane.

Lekarz pracuje w przestrzeni międzyludzkiej w sposób szczególnie zarysowaną chorobą, cierpieniem, śmiercią, a więc „sytuacjami granicznymi” (Karl Jaspers). A te z istoty są brzemiennie w problemy

moralne, ukazując je często w ekstremalnej, a przez to w źródłowej postaci. Stąd moralność i problemy etyczne są w przypadku etyki lekarskiej nabrałymi nie tylko trudnościami teoretycznymi, ale i emocjami, uczuciami. Wartością szczególnie podkreślaną we współczesnej etyce jest odpowiedzialność. Jawi się ona jako wartość szczególnie istotna dla moralności lekarza. Pole odpowiedzialności, czyli te kwestie i sprawy, które leżą w przestrzeni życiowego zatraskania człowieka, które wyznaczają jego moralne obowiązki i zadania, skorelowane są m.in. z zawodem. W tej perspektywie, być lekarzem to działać we wszystkich sytuacjach, w których życie i zdrowie człowieka jest bezpośrednio zagrożone, to bowiem stanowi podstawową treść normatywną zawodowego pola odpowiedzialności lekarza. Oczywiście inaczej lekarz jest odpowiedzialny za te wartości w klinice, gabinecie lekarskim, a inaczej na ulicy, wakacjach etc. Czy jednak znajdziemy przykład sytuacji, w której jego odpowiedzialność za zagrożone życie człowieka byłaby zerowa?

W takiej też perspektywie trzeba spojrzeć na zawodowe kodeksy etyczne, na ich doniosłość, wagę, ale i fundamentalne ograniczenia. Najbardziej bowiem reprezentatywna dla etyki lekarskiej jest etyka deontologiczno-kodeksowa, skupiająca się na tworzeniu norm etycznych zapisanych w uchwalanych aktach quasi-prawnych, których lekarz ma – pod groźbą określonych sankcji – przestrzegać. Kodeks etyki lekarskiej to fundamentalny akt zobiektywizowanej normatywności moralnej. Wydaje się, że zasady etyki lekarskiej często grzeszą albo oczywistością wskazań albo braniem za pewnik czegoś, co nim bynajmniej nie jest. To temat na osobne, i to monograficzne, opracowanie. Generalnie jednak kodeksy uwrażliwiają sumienie, a często i rozum praktyczny na wiele kwestii, stanowią nierzadko drogowskaz wskazujący na optymalne z moralnego punktu widzenia rozwiązania problemów. Ich doniosłości zatem przecenić się nie da, choć trzeba wskazywać na ich uzupełniający i służebny charakter względem indywidualnej odpowiedzialności i świadomości etycznej lekarzy. Lekarz musi być człowiekiem o ukształtowanej świadomości moralnej, musi być otwarty na wartości, sytuacje moralne i ich immanentny sens, musi widzieć przed sobą żywego człowieka, który nie jest jednym z przypadków medycznych opisywanych przez ogólne sformułowania kodeksowe. Lekarz musi być człowiekiem sumienia. Jeżeli natomiast jest pozbawiony tych cech, normotwórcze ukierunkowania kodeksów etycznych niewiele zmienią w jego postępowaniu moralnym. Chyba, że lękał się będzie ewentualnych sankcji za ich łamanie i dostosuje się do ich roszczeń. Wtedy jednak nie tyle mamy do czynienia z normami etyki, lecz z normami dyscyplinarnymi typu prawnego.

Praca lekarza jest w sposób szczególny narażona na częste podejmowanie decyzji w sytuacjach, z których nie ma idealnego wyjścia. Przykłady można by mnożyć, poczynawszy od gabinetu internistycznego, a na klinikach transplantologicznych kończąc. Bardzo często oczekuje się od rozmaitych komisji bioetycznych takich wskazań, które zniwelowałyby grożące zło poprzez jasne i jednoznaczne wskazanie, co należy robić. Jest to oparte na wierze, iż z każdej sytuacji jest dobre wyjście i potrzeba tylko odpowiedniej teorii etycznej, żeby na jej gruncie wypracować rozwiązanie. Dla przykładu taką wiarę podtrzymuje tradycja etycznego utilitaryzmu poprzez swój klasyczny rachunek dóbr. Etyka wartości, i trudno się z tym nie zgodzić, przyjmuje jednak, iż często dochodzi do konfliktu wartości, który niezależnie od kształtu podjętej decyzji pociąga za sobą zaistnienie moralnego zła. Konstatujemy tu istnienie sytuacji, w której podjęcie którejkolwiek z możliwości obciąża działający podmiot moralnym złem, winą. Nicolai Hartmann, dwudziestowieczny niemiecki etyk, zauważył w tym kontekście, iż zadaniem człowieka w takiej sytuacji jest podejmowanie decyzji, działanie i branie na siebie odpowiedzialności za zaistnienie zła. Według tego myśliciela człowiek nie może przejść przez życie w doskonałej moralnej

czystości, nie da się istnieć bez winy. Wina stanowi nieodłączny od kondycji moralnej człowieka element egzystencji. Żadne rozumowanie, żadna teoria etyczna nie jest w stanie w sytuacji konfliktu wartości wskazać rozwiązania idealne, rodzące dobro, a likwidujące zło. Składowa moralnego zła jest bowiem wpisana w tej sytuacji we wszystkie czyny alternatywy. A niepodjęcie decyzji doprowadzi do pogwałcenia obu skonfliktowanych przez sytuację wartości. Trzeba rozstrzygnąć na podstawie bezpośredniego czucia wartości w ich uhierarchizowaniu. W poczuciu wolności i odpowiedzialności. Pryncypialne rozstrzygnięcia w teorii nie są tu możliwe, gdyż albo pobiędzą w jednostronnym rygoryzmie albo w oportunistycznej kazuistyce. Normy kodeksowe uciekają od konfliktu wartości w ogólnikowość sformułowań, niczego *de facto* nie rozwiązując. Tylko odpowiedzialny człowiek może dokonać rozstrzygnięcia i brać na siebie winę za zło, które z niego wyniknęło. Żadna deontologia nie zmienia tego stanu rzeczy i nie zdejmie z lekarza brzemienia decyzji i odpowiedzialności za nią. Stąd nadmierne niekiedy oczekiwania środowiska medycznego wobec etyków należy powściągać wskazaniem na ogólność norm w kontekście niepowtarzalności jednostkowych sytuacji, ale też na konflikty moralne, które stanowią wyraźną granicę dyskursu etycznego.

Szczególne miejsce w sporze o podstawy etyki lekarskiej odgrywa zagadnienie sumienia i roli szeroko rozumianej świadomości moralnej lekarza, jego moralnej subiektywności. Przestrzeń norm moralnych, zasad i kodeksowych unormowań, tego, co można nazwać obiektywnością etyczną to jedno, a sumienie, subiektywne rozstrzyganie o słuszności lub niesłuszności określonego działania w szczegółowych sytuacjach to drugie. Starożytni mówili w tym kontekście o *phronesis*, mądrości praktycznej, pozwalającej na stosowanie ogólnych norm w szczegółowych sytuacjach i podejmowa-

nie optymalnych decyzji moralnych. W tym kontekście pojawia się też pytanie o relację między sumieniem a prawem stanowionym. Toczy się w tej kwestii spór o pierwszeństwo sumienia względem prawa czy też odwrotnie. Nie wchodząc w delikatną i skomplikowaną materię tego sporu powiedzmy tylko, że wolność sumienia to prawo do niepodejmowania działań niezgodnych z sumieniem, co gwarantuje Konstytucja RP w art. 53, a także Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych w art. 18. Podkreśla się, że wolność sumienia to wartość fundamentalna, osadzona w godności człowieka i jako taka jest poza jurysdykcją demokratycznego państwa, na co zwraca uwagę wielu prawników (np. Andrzej Zoll). Jak niwelować naturalnie rodzące się w takiej perspektywie napięcia? Czy możliwy jest dialog sumień? To pytania, które musimy tu pozostawić bez propozycji odpowiedzi na nie.

Konkluzja

Lekarzem się jest – a nie bywa – ze względu na typ wartości powierzanej pieczy medyków. Takie naznaczenie życia wykonywanym zawodem nakłada spore obciążenia egzystencjalne i obowiązki moralne, ale i rodzi napięcia z mentalnością kultury, w której żyjemy. Premiuje ona jednak epizodyczność i niezobowiązującą fragmentaryczność życia, wynosząc je zdecydowanie ponad całościowe projekty. Dokonuje też, przynajmniej w jakiejś mierze, destrukcji normatywności, tworząc klimaty moralnej chybłości i niestabilności obowiązujących norm i zasad moralnych. Niewątpliwie utrudnia to trwanie przy wartościach moralnych i chroniących je normach, oraz przy *ethosach* zawodowych, mających charakter silnie normatywny i szeroko zakresowy. Z drugiej strony pamiętać należy, że w perspektywie – bardzo dziś modnej – etyki cnót (*virtue ethics*) człowiekiem sprawiedliwym czy odpowiedzialnym można być lub nie, ale trudno nim jedynie bywać. Podobnie z byciem lekarzem.

Reklama

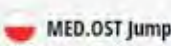


Jump! to PROGRAM dla:

- studentów i absolwentów Wydziałów Lekarskich studiów medycznych w Polsce
- młodych lekarzy, którzy dają szansę na lepszy start i spełnione życie zawodowe
- lekarzy pragnących efektywnie pogłębiać swoją wiedzę
- **Jump! to PROGRAM** alternatywnego szkolenia specjalistycznego w Niemczech
- **Jump! to PROGRAM**, który gwarantuje stabilną sytuację finansową i życiową już na początku kariery zawodowej

OFERUJEMY:

- Pomoc w otwarciu specjalizacji na wybranym kierunku w niemieckim szpitalu
- Weryfikację i tłumaczenie dokumentów
- Pomoc w nostryfikacji dyplomu
- Indywidualne kursy języka niemieckiego na poziomie B1 - C2
- Oryginalne materiały szkoleniowe z wybranych kierunków specjalizacyjnych
- Polskojęzyczną obsługę podczas procesów rejestracyjnych w Niemczech
- Niemiecką umowę o pracę
- Stały kontakt z pracodawcą i polskim mentorem



MED.OST Jump
ul. Pocztowa 7/48
59-220 Legnica, Polska
☎ +48 724 822 802 



MED.OST Jump
Johann-Landefeldt-Str. 23
14089 Berlin, Niemcy
☎ +49 176 641 068 33 
✉ info@jump.vision

**MAM NIEZWYKŁY ZAWÓD.
DLATEGO WYMAGAM.**

www.jump.vision www.medost.de 

Zapraszamy do naszego biura w Legnicy i w Berlinie!

www.jump.vision www.medost.de



CZYM JEST WSPÓŁCZU

Współczucie wciąż stanowi element definicji profesjonalizmu lekarskiego. Royal College of Physician, stojący od wielu lat na straży profesjonalizmu medycznego i etyki lekarskiej, w swoich zaleceniach z 2005 r. zdefiniował i opisał tę kategorię na nowo. Profesjonalizm medyczny oznacza zbiór zasad, zachowań i relacji, które są podstawą zaufania publicznego do lekarzy. Tekst ten określa medycynę jako powołanie, w którym wiedza doktora, umiejętności kliniczne i właściwy osąd oddane są w służbę ochrony i przywracania ludzkiego dobrostanu. W codziennej praktyce lekarze są m.in. zobligowani do spójności moralnej współczucia i altruizmu.

Wydaje się, że współcześnie mamy do czynienia z kryzysem współczucia w praktyce lekarskiej. Wskazują na to filmy, w których nasza cywilizacja przegląda się jak w lustrze – dawniej była nim literatura.



Tekst Tomasz Pasierski

W wielu dyskusjach dotyczących relacji między lekarzem a pacjentem pojawia się – w kontekście etyki medycznej – problem współczucia. Pojęcie to jest tak stare jak sama medycyna, lecz w ostatnich latach wydaje się przeżywać renesans. Większe upodmiotowienie pacjenta sprawia, że zaczyna on aktywnie określać kształt pożądanej opieki medycznej, a za dobrego lekarza uważa się najczęściej lekarza współczującego. Warto postawić sobie pytanie, czy w XXI-wiecznej medycynie współczucie jest potrzebne. Niewątpliwie potrzebują go nasi pacjenci. Dla przykładu, badania przeglądowe pacjentów brytyjskiego systemu ochrony zdrowia wskazują na to, że troska o jakość interakcji pacjenta z lekarzem dominuje nad troską o sposób organizacji opieki. Systemowy przegląd piśmiennictwa, dotyczący priorytetów pacjentów w praktyce lekarskiej, obejmujący 19 badań opublikowanych w latach 1966-1995, wskazuje na to, że najważniejszym wskaźnikiem była „ludzkość” lekarza (humanity). Cecha ta zajmowała najwyższe miejsce w 86 proc. badań, następne miejsca zajmowały zaś: kompetencja – 64 proc., zaangażowanie pacjentów w decyzje – 63 proc., czas poświęcony przez lekarza pacjentowi – 60 proc.

Warto jednak zastanowić się nad tym, czym jest współczucie. Czy jest to emocja, która została w nas zaszcze-

piona przez wychowanie czy też cnota, którą możemy sami rozwijać? Czy można wymagać współczucia? Czy można je kształtować?

Współczucie uważane jest za integralny element sztuki lekarskiej od samego jej zarania. Ceronetti cytuje tu słowa Petroniusza: „Nikt nie ufa lekarzowi, który nie rozumie bólu”. Pojęcie współczucia jest wciąż żywe w refleksji lekarzy nad podstawami etycznymi swojego zawodu. Warto przywołać nieco już zapomnianą postać Alberta Schweitzera, laureata pokojowej nagrody Nobla w roku 1954, który w 30. roku życia, będąc wybitnym muzykiem i docentem teologii, zdecydował się na ukończenie studiów medycznych, po czym wyjechał do Afryki. Tam założył słynny szpital w Lambarene, w którym pracował przez resztę życia. Schweitzer uczynił współczucie, wynikające z uświadomienia sobie uniwersalnej woli życia i szacunku do życia, podstawą swojego systemu etycznego.

Szczególna rola współczucia wynika z odmienności sytuacji egzystencjalnej zdrowia i choroby. Lekarz zobowiązany jest poza swoją działalnością praktyczną do służenia w roli przewodnika chorego po świecie choroby. Na odmienności między obiektywnym zjawiskiem choroby a subiektywnym doświadczeniem cierpienia pacjenta od lat zwraca uwagę

CIE I JAK GO NAUCZAĆ?

Prof. dr hab. Tomasz Pasierski

Kierownik Zakładu Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Oddziału Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, członek założyciel Polskiego Towarzystwa Bioetycznego i Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Najważniejsze zainteresowania naukowe: echokardiografia, farmakoterapia kardiologiczna, choroby serca w cukrzycy i przewlekłej chorobie nerek, bioetyka i humanistyczne podstawy medycyny. Autor /redaktor 12 monografii książkowych i 220 artykułów naukowych.

Nauka medycyny jest w istocie oduczaniem się od współczucia. Szok pierwszych lekcji anatomii – ucieczka w ironię i zgrywę, później zimny profesjonalizm, pracoholizm jako sposób znieczulenia cierpienia, które niesie współczucie (Hilffiker). Dystans emocjonalny na dłuższą metę jest jednak szkodliwy dla lekarzy. Znalezienie sensu pracy i nierozstrzygniętej walki z cierpieniem wymaga wysiłku intelektualnego.

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/hands-736244/eliola

Cassel. Obowiązki te ujmują również słowa zawarte w Kodeksie etyki lekarskiej: „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”.

Współczucie wciąż stanowi element definicji profesjonalizmu lekarskiego. Royal College of Physician, stojący od wielu lat na straży profesjonalizmu medycznego i etyki lekarskiej, w swoich zaleceniach z 2005 r. zdefiniował i opisał tę kategorię na nowo. Profesjonalizm medyczny oznacza zbiór zasad, zachowań i relacji, które są podstawą zaufania publicznego do lekarzy. Tekst ten określa medycynę jako powołanie, w którym wiedza doktora, umiejętności kliniczne i właściwy osąd oddane są w służbę ochrony i przywracania ludzkiego dobrostanu. W codziennej praktyce lekarze są m.in. zobligowani do spójności moralnej współczucia i altruizmu.

Wydaje się, że współcześnie mamy do czynienia z kryzysem współczucia w praktyce lekarskiej. Wskazują na to filmy, w których nasza cywilizacja przegląda się jak w lustrze – dawniej była nim literatura. W filmie Mike’a Nicholisa „Dowcip” prof. Vivian Bearing – specjalistka od angielskiej poezji metafizycznej, w rolę której wcieliła się Emma Thompson, umiera na raka jajnika. Cierpi ona wszelkie katusze wynika-

jące z intensywnej chemioterapii. Otaczający ją lekarze nie podejmują najmniejszego wysiłku zrozumienia jej uczuć, jedyną ich reakcją jest codzienne pytanie, jak się czujesz, na które nawet nie oczekuje się odpowiedzi. W trakcie „teatralnych” obchodów lekarze dyskutują o wszelkich możliwych powikłaniach leczenia, jakie mogą wystąpić u chorej, nie zwracają uwagi na to, że pacjentka przysłuchuje się ich rozważaniom. Kobieta doświadcza uprzedmiotowienia, czuje się jak anonimowy przedmiot w potężnej maszynie szpitala. W pewnym momencie bohaterka stwierdza: „Nie miałam pojęcia o głębi upokorzenia związanego z sytuacją bycia pacjentem”. Jediną osobą, która podejmuje z nią dialog, jest pielęgniarka, z jej ust padają słowa: „Wiem, że nie jest Pani łatwo”. Ona jedna podejmuje wprost rozmowę o nieuchronnym końcu. Podobną sytuację, towarzyszącą umieraniu kanadyjskiego profesora literatury z nieczułymi i uciekającymi od niewygodnych pytań lekarzami i współczującymi pielęgniarkami, ukazuje znany film Pierre’a Agnanda „Czekając na barbarzyńców”. Apogeum krytyki braku współczucia u lekarzy możemy znaleźć w filmie Krzysztofa Zanussiego „Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową”. Główny bohater – lekarz grany przez Zbigniewa Zapasiewicza – zapada na raka płuc. W reakcji na brak współczu-



cia ze strony swoich kolegów lekarzy odmawia on im prawa do leczenia go, a współczucie znajduje jedynie u młodego studenta i znajomej pielęgniarki.

Choć współczucie i empatia są pojęciami bliskoznacznymi, to jednak dzielą je istotne różnice. Z tego powodu nie mogą i nie powinny być używane zamiennie. Pojęcie empatii (wczuwania się) wprowadził w latach dwudziestych XX wieku amerykański psycholog E.B. Titchener, aby odróżnić ją od współczucia – sympatii. Empatia jest funkcją naszego umysłu, która rozwija się bardzo wcześnie.

Wybitny badacz empatii amerykański psycholog Martin L. Hoffman definiuje empatię jako reakcję afektywną bardziej odpowiadającą sytuacji innej osoby niż naszej własnej. Hoffman zwraca uwagę na kluczową rolę empatii w rozwoju postaw moralnych. Z drugiej strony zasady moralne nadają strukturę i stabilność afektom empatycznym, co sprawia, że stają się one mniej podatne na błąd.

Nussbaum wyraźnie rozdziela pojęcia empatii i współczucia. Empatia pozbawiona refleksji nie jest współczuciem, bo ono wiąże się z pewną samoświadomością. Pojawia się pytanie, czy sam wysiłek intelektu i wyobraźni może pozwolić na współczucie nawet przy braku empatii? Wydaje się, że empatia jest warunkiem koniecznym do zaistnienia współczucia, bo umożliwia dotarcie do świata emocji pacjenta. Współczucie wymaga jednak czegoś więcej – rekonstrukcji świata chorego człowieka.

Zdaje się, że współczucie jest cnotą trudną do zdobycia i nie można oczekiwać jego pełnej realizacji od każdego lekarza. Z drugiej jednak strony można wymagać szacunku dla współczucia od instytucji odpowiedzialnych za kształcenie i od instytucji opieki medycznej. Nazwałbym to „kulturą współczucia”.

W klasycznym dziele pedagogiki „Emilu” Rousseau przedstawia wizję nauczania współczucia. Chcąc wzbudzić w młodzieńcu uczucie ludzkie... należy... ukazywać mu smutne tego losu strony (t. II, s. 24). Marcin Król widzi nauczanie współczucia jako element całego procesu wychowywania. Współczucia trzeba się uczyć przez całe życie. Współczucia trzeba uczyć i uczyć się od dziecka. Współczucie wymaga pewnego poziomu kultury osobistej, poziomu, który jest dostępny dla każdego, ale nie wszyscy chcą się na tyle doskonalić, by go osiągnąć.

Problem nauczania współczucia u studentów medycyny i lekarzy można ujmować w dwóch aspektach. Po pierwsze, jak wzbogacić dotychczasowe zasoby współczucia, które zostały rozwinięte przez dom rodzinny i środowisko. Po drugie, jak sprawić, żeby zasoby te nie uległy wyczerpaniu w wyniku swojego dla zawodu lekarza mechanizmu obronnego polegającego na dążeniu do stworzenia bariery emocjonalnej.

Rozwój empatii jest elementem prawidłowego rozwoju emocjonalnego człowieka. Jak się ma rozkład zdolności do empatii u osób trafiających na studia medyczne w stosunku do rozkładu typowego dla całej populacji? Można optymistycznie przypuszczać, że osób o wysokiej empatii będzie w takiej grupie więcej z uwagi na to, że takie wyposażenie może decydować o obranym kierunku studiów. Z drugiej jednak strony szacuje się, że co najmniej 10 proc. populacji dotkniętych jest zaburzeniem noszącym nazwę aleksytymii, polegającym na upośledzeniu odczuwania, identyfikacji i komunikowania swoich uczuć. Możliwość emocjonalnego sprostania zawodowi lekarza może być u takich osób znacznie upośledzona. Nie ma jednak sprawiedliwej i rzetelnej metody, która umożliwiłaby wyeliminowanie ich spośród grona przyszłych lekarzy.

Wydaje się jednak, że sama zdolność do empatii nie wystarcza do rozwoju współczucia. Problem polega na tym, że przed

studentami medycyny pojawia się zupełnie nowa jakość, z którą w większości przypadków nie mieli dotąd do czynienia. Jest nią świat chorego i cierpiącego człowieka, który reprezentować może zupełnie inny sposób odbierania rzeczywistości. W tym momencie nauczanie współczucia może odbywać się głównie poprzez rozwój wyobraźni. Wymaga to postawienia sobie pytania, jak to jest być innym? Nauczanie poprzez doświadczenie cierpienia Elzenberger definiuje następująco: „Dar cierpienia to rozszerzenie horyzontu, bardziej wszechstronne wniknięcie w to, czym jest życie i czym są żyjące istoty”.

Prof. Andrzej Szczeklik w jednym z wywiadów stwierdził: Młodzi ludzie przychodzą na studia pełni zapału, nieraz za głosem powołania. Marzy im się medycyna, to znaczy spotkanie z chorym, w którym sami grają rolę. Tymczasem zostają wciśnięci w ścisły gorset nauk podstawowych. (...) Wyzuci z marzeń dopiero na trzecim roku zaczynają propedeutykę kliniczną. Ja bym ich posłał od pierwszych dni studiów na salę chorych – jako sanitariuszy, noszowych, salowych, by terminowali w zawodzie, który ma być ich życiem. Niechby poznawali chorych, wiązali się z nimi niemi sympatii, śledzili ich losy, niewiele jeszcze z tego rozumiejąc.

Nauka medycyny jest w istocie oduczaniem się od współczucia. Szok pierwszych lekcji anatomii – ucieczka w ironię i grywę, później zimny profesjonalizm, pracoholizm jako sposób znieczulenia cierpienia, które niesie współczucie (Hilfiker). Dystans emocjonalny na dłuższą metę jest jednak szkodliwy dla lekarzy. Znaleźnienie sensu pracy i nierozstrzygniętej walki z cierpieniem wymaga wysiłku intelektualnego.

Najlepsza droga nauczania współczucia wydaje się być zawarta w obrębie samej grupy zawodowej. Nauczycielami współczucia studentów i lekarzy powinni być ich starsi, doświadczeni w praktykowaniu współczucia koledzy lekarze.

Inną drogę nauczania współczucia proponują zwolennicy kierunku noszącego nazwę humanistyki medycznej. Odwołuje się w nim szczególnie do literatury jako sposobu, dzięki któremu ludzie nadają swojemu życiu sens poprzez uczynienie go częścią spójnej narracji.

Czytanie książek rozszerza horyzont, pozwala lepiej zrozumieć nieuchronną dwuznaczność i tragizm życia ludzkiego. Nie wiemy, jaki jest wpływ konkretnej lektury na konkretnego człowieka. Ponadto trudno jest wymuszać na studentach zgłębianie literatury i robić im z niej klasówki. Mijemy też świadomość, że wiele osób wybiera studia medyczne z uwagi na ich techniczno-pragmatyczny charakter i nie marzą one o pisaniu wypracowań.

Znaczenie współczucia w medycynie wynika z tego, że jest ono najważniejszą drogą do uśmierzania cierpienia chorego człowieka. Wymagania co do współczucia są jednak w populacji współczesnych pacjentów ogromnie zróżnicowane. Dychotomia między lekarzem wykwalifikowanym a bezdusznym, współczującym, lecz niedouczone jest fałszywa. Doświadczenie wskazuje, że w większości przypadków opryskliwość idzie w parze z nieuctwem, często je ukrywając.

Istnieje wiele stopni współczucia. Na płytkim poziomie jest uczuciem dość powszechnym, na głębokim cnotą dostępną niewielu. Pewien stopień współczucia jest niezbędny do pracy wszystkich pracowników służby zdrowia, pogłębianie zdolności do współczucia czyni doświadczenie zawodowe znacznie bogatszym.

Nauczanie współczucia jest trudne, lecz możliwe. Kulturowanie współczucia daje nadzieję na zachowanie duchowego wymiaru medycyny.

Piśmiennictwo dostępne na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

„Lecz dobrym być człowiekiem – to zaszczyt najpierwszy”

Franciszek Ksawery Dmochowski

”
Najważniejszą postawą moralną, gwarantującą właściwy przebieg relacji lekarz – pacjent, jest życzliwość. To postawa ukierunkowująca lekarza na pomyślność chorego, wyrażająca gotowość do niesienia pomocy, czyli do przyjęcia innych postaw i podjęcia takich działań, które przynieść mogą dobro choremu.
“



Fot. z archiwum autora

Dr hab. Jarosław Barański
Etyk, filozof, kierownik Zakładu
Humanistycznych Nauk Lekarskich
Uniwersytetu Medycznego im.
Piastów Śląskich we Wrocławiu

Etyka życzliwości

Tekst Jarosław Barański

Katalog postaw moralnych, dzięki którym można sprostać powinnościom zawodu lekarskiego, jest niezwykle wymagający – w istocie rzeczy podpowiada bowiem, jak być dobrym człowiekiem, aby takim zostać lekarzem. Prosto ujął to Wincenty Szczucki w „Propedeutyce do nauk medycyny” (1825): „Wszystko cokolwiek zdobić może człowieka we względzie moralnym, lekarzowi obcym być nie powinno”. Takie są aksjologiczne kontury profesjonalizmu lekarskiego, na mocy którego lekarz jest moralnie uzdolniony – zdolny właśnie do tego, aby pochylić się nad cierpiącym pacjentem, strwożonym i powierzającym lekarzowi z ufnością swoje zdrowie i życie.

Najważniejszą postawą moralną, gwarantującą właściwy przebieg relacji lekarz – pacjent, jest życzliwość. To postawa ukierunkowująca lekarza na pomyślność chorego, wyrażająca gotowość do niesienia pomocy, czyli do przyjęcia innych postaw i podjęcia takich działań, które przynieść mogą dobro choremu.

Głęboko ludzki charakter tej postawy stanowi o ludzkości bezinteresownej lekarza, która według Szczuckiego jest powinnością najpierwszą – jest to okazanie przez lekarza chęci „rychłego przywrócenia zdrowia każdemu, kto w nim zaufanie swoje położył”. Ten, który ludzkością się motywuje – pisał Franciszek Ksawery Dmochowski, autor „O cnotach



towarzyskich i wadach im przeciwnych”(1797) – dobrze innemu życzy, świadczy pomoc i wsparcia udziela, czyli serce okazuje, co jest zdolnością do odczuwania tego, co czują inni – gotowością do cierpienia z nimi, do dzielenia się umartwieniami. Okazanie serca jest poruszeniem uczuć przy nieszczęśliwych, skłaniających do pocieszenia, wsparcia i porady. Szczuczki dodaje: „Ludzkość prawdziwa czyni lekarza życzliwym przyjacielem wszystkich współbliźnich, dla których w ogóle poświęcić się winien”.

Do tej tradycji etycznej i deontologicznej nawiązuje artykuł 12. Kodeksu etyki lekarskiej, który brzmi: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”. Artykuł wypowiada zobowiązanie do przyjęcia przez lekarza postawy życzliwości, ponieważ dzięki niej zdolny będzie do wyrażania niezbędnych postaw moralnych w sprawowaniu opieki nad chorym, takich, które są konieczne, aby lekarz potrafił respektować fundamentalne zasady etyczne w medycynie: zasady poszanowania godności chorego, w tym jego zdolności do decydowania o sobie, zasady poszanowania jego intymności i prywatności. Nie jest to zatem arbitralna deklaracja aksjologiczna, mówiąca o tym, aby lekarz był miłym dla pacjenta. Zapis kodeksowy, w kontekście wspomnianej tradycji etycznej, mówi bowiem o warunkowaniu postaw moralnych. Oznacza to, że żaden nieżyczliwy człowiek nie będzie zdolny do współczucia, troski, cierpliwości, wyrozumiałości, łagodności; że nie podoła otwartości na innego człowieka, szczerości i prawdomówności. Nie będzie również zdolny do grzeczności, która jest okazaniem szacunku, swoistą bacznością „żeby nikogo ani gestem, ani słowem, ani najmniejszym uczynkiem nie obrażać” – pisał Dmochowski. Nadto, żaden lekarz, pozbawiony troskliwości, cierpliwości czy szczerości wobec pacjenta, nadto naruszający swoim zachowaniem godność chorego, raniący jego poczucie tożsamości, nie będzie potrafił respektować prawa pacjenta do decydowania o sobie, jak również nie będzie w stanie ochronić jego autonomii. Także w kontekście aktu świadomej zgody brak otwartości, w tym i ciekawości pacjenta, nie pozwoli nigdy rozeznaczyć się w jego preferencjach i właściwie przekazywać mu informacje oraz wspomóc go w autentyczności podejmowanej decyzji.

Dlatego życzliwość jest fundamentem relacji lekarza z pacjentem – jest bowiem postawą, która warunkuje przyjęcie wartościowych postaw i która sprzyja wartościowym działaniom. Tylko dzięki tej postawie, nawykowo przyjmowanej przez lekarza, możliwa jest więź emocjonalna, jaka skłania do troskliwej opieki nad pacjentem i do zrozumienia wynikających z niej obowiązków. Beauchamp i Childress w „Zasadach etyki medycznej” zauważają, że „Człowiek dobry moralnie, przepełniony szlachetnymi uczuciami i kierujący się słusznymi motywami, ma większą szansę, by właściwie rozpoznać obowiązki, starannie wykonywać pracę, jakiej się od niego wymaga, naśladować pożądane wzorce i samemu świecić przykładem. Ufamy komuś, kto wyrobił w sobie motywację i pragnienie, aby dobrze postępować”.

Dzięki życzliwości lekarz zdolny jest do cierpliwości. Nie jest to postawa polegająca na ścierpieniu obecności pacjenta, lecz – jak pisał Dmochowski – jest zdolnością do unoszenia cudzych wad: „Człowiek słodki i cierpliwy nic na tym wcale nie traci; owszem szacunek i miłość drugich w zysku odbiera”. Z niej wypływa wyrozumiałość i łagodność w postępowaniu z chorym. Tylko bowiem dzięki cierpliwości i wyrozumiałości lekarz jest zdolny do rozeznania się w potrzebach i dolegliwościach chorego oraz do poprawnego, efektywnego z nim komunikowania się. Potwierdza to Henryk Nusbaum w „Zarysie etyki lekarskiej”(1932), pisząc: „Gdy chory źle opowiada o swojej chorobie, odpowiada niewłaściwie na zapytania, jest nadto rozwlekły, lekarz winien łagodnie i cierpliwie naprowadzić go na drogę właściwą”. A wtedy wytworzyć można poczucie bezpieczeństwa u pacjenta, niezbędne dla akceptacji przez niego lekarskiego postępowania.

Życzliwość skłania lekarza do szczerego kontaktu z chorym i jest przesłanką prawdomówności – to nie tylko warunek przekazania pełnej informacji o sytuacji medycznej pacjenta, ale – co najistotniejsze – powiedzenia tej prawdy, szczególnie o złym rokowaniu, we właściwy sposób, czyli z troską: wyczekując na „sprzyjającą godzinę” do rozmowy; nie wyjaśniając niezgodnie z życzeniem pacjenta bądź też więcej, niż pacjent chce i może znieść; przekazując informację w możliwie równym zakresie pacjentowi i jego rodzinie, stroniąc od asymetrii wiedzy, która dla pacjenta jest obciążeniem, powodującym jego izolację i uniemożliwiającym szczerość rozmów. Prawdomówność jest podstawą zaufania: „Bo jak może być ufność, jaka wiara między ludźmi, bez prawdy?” – retorycznie pytał Dmochowski. Tylko wtedy lekarz zdolny jest do dotrzymywania obietnic, jakie składa pacjentowi. Staje się osobą wiarygodną, taką, której można zaufać; taką więc, która może być powiernikiem trosk chorego.

Życzliwość jest zatem tą wymaganą postawą lekarza wobec pacjenta, która sprzyjając troskliwości i cierpliwości, czyni lekarza zdolnym do ochrony intymności i prywatności pacjenta, umożliwiając jednocześnie wkroczenie w sferę głęboko osobistą chorego, dotyczącą skrywanych przed innymi ludźmi uczuć, lęków, niepokojów, dolegliwości. Relacja lekarza z pacjentem istnieje o tyle, jeśli ta pierwsza osoba, wobec której odślania się druga, odpowiada empatią i zdolnością do utrzymania poufności. Trudno więc wyobrazić sobie lekarza wadliwie przyjmującego postawę życzliwości, że utrzyma poufność oraz zadba o ochronę intymności cielesnej i emocjonalnej pacjenta.

Spotkanie lekarza z pacjentem, osób sobie niejednokrotnie obcych, jest sytuacją wymagającą. W rozmowie obie muszą znaleźć wspólną podstawę wzajemnego zaufania – „Ta sytuacja nie jest pozbawiona napięcia: pacjent pyta siebie, czy i jaką pomoc uzyska, lekarz natomiast, jakie zadanie stoi przed nim”, pisze Linus Geisler w „Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch”. Nierzadko w ciągu niespełna kilkunastu minut musi być wytworzona właściwa atmosfera kontaktu, która osobom dalekim sobie pozwoli zbudować emocjonalną bliskość, wzajemne zaangażowanie oraz intymną relację, dzięki której możliwe będzie wytworzenie poczucia bezpieczeństwa u pacjenta i zrozumienie wzajemnych oczekiwań. Bez życzliwej postawy wobec chorego to zadanie jest niemożliwe do zrealizowania.

Życzliwość wobec pacjenta, zakładająca troskę i współczucie, prawdomówność i wyrozumiałość, jest konieczna, ponieważ bywa, że tak słowa, jak i działania lekarza, są ingerencją w egzystencjalne wybory chorego. Tylko serdeczna i uczynna postawa lekarza, bezinteresownie skłonnego do niesienia pomocy daje uprawnienie do tej ingerencji.

Życzliwość jest również miarą autentyczności lekarza – jest bowiem intencją, aksjologiczną deklaracją adresowaną do chorego. Wszelka imitacja, powierzchowność tej szczególnej więzi międzyludzkiej, każda nieszczerłość, fałszywie brzmiące współczucie są przez pacjenta demaskowane i budzą podejrliwość co do intencji lekarza. Prowadzi to do utraty zaufania w lekarza, rodzi opór wobec jego działań, przyczyniając się do braku z nim współpracy. Pacjent rozczarowany postawą lekarza zamyka się, jest nieszczerzy w rozmowie, nadmiernie chroniący sferę intymności i prywatności, często poirytowany, a wtedy pojawiają się utrudnienia, które nie sprzyjają efektywności lekarskich działań. Dzieje się tak wtedy, gdy lekarz traktuje pacjenta chłodno i z dużym dystansem; gdy rutynowo prowadzi rozmowy; gdy przyjmuje autorytatywną wobec niego postawę. Wtedy pacjent odczuwa takie postępowanie jako obojętność, niechęć, jako bagatelizowanie jego problemów, czasami jako uprzedzenie. Arystoteles w „Retoryce” upatruje w takiej właśnie postawie, źle traktującej chorego, źródło gniewu: „Chory oburza się na tych, którzy lekceważą jego chorobę”. Życzliwość jednak jest pierwszą i najskuteczniejszą przeszkodą dla złego traktowania pacjenta.

Tekst
Andrzej
Wojnar

*Przyjmuję z szacunkiem
i wdzięcznością dla mo-
ich Mistrzów nadany mi
tytuł lekarza i w pełni
świadomy związanych
z nim obowiązków przy-
rzekam (...).*

Dr hab. n. med.

Andrzej Wojnar

Przewodniczący Komisji

Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej,

prof. nadzw. WSF

JESTEŚMY RODZINĄ

Impresje na temat III rozdziału Kodeksu etyki lekarskiej

Jesteśmy rodziną, na dobre i na złe. Jest w niej wyrozumiała babcia oraz pocziwy dziadek, którzy uczyli nas niegdyś rozróżniać dobro od zła, i którzy stanowią świadectwo naszej historii, korzeni i ciągłości rodziny. Jest wymagający, ale kochający ojciec, jest czuła i potrafiąca wiele wybaczyć matka. Są starsze siostry i bracia w zawodzie. Pomagają innym, czasem robią coś na przekór lub bezwiednie szkodzą. Są w końcu i takie dzieci, które pomimo naszych starań, nie przyznają się do rodziców lub wręcz działają na ich niekorzyść. Niekiedy to my zapominamy o dzieciach, o rodzeństwie, o rodzicach. Jak to w rodzinie. I w środku my, z naszymi nieraz poplątanymi relacjami i nieadekwatnymi uczuciami. I na tym można by w zasadzie zakończyć impresje na temat treści zawartych w III rozdziale Kodeksu etyki lekarskiej. Ale nasz kodeks to jednak konkretne zapisy. To mała, ale jakże ważna niebieska książeczka. To tylko lub aż 28 stron będących zbiorem zasad ustalonych przez kolejne Krajowe Zjazdy Lekarzy.

II Krajowy Zjazd Lekarzy uchwalił KEL w 1991 r., a znówelizował go III KZL w 1993 r. i VII KZL w 2003 r. Dokument ten stanowi fundament wykonywania zawodu lekarza – zawodu zaufania publicznego, będącego zarazem profesją o charakterze korporacyjnym, której atrybutami są: jedność, solidarność i wielopokoleniowość (jak w rodzinie). I o tym właśnie traktuje III rozdział Kodeksu etyki lekarskiej, czyli o wzajemnych stosunkach między lekarzami.

Tylko cztery artykuły (art. 52-55) z 78 artykułów, które liczy KEL, a ile różnicowanej treści. Zaczniemy od szacunku wzajemnie okazywanego. Szczególnie starszym lekarzom, a zwłaszcza seniorom. Oni uczyli nas i zawodu, i bycia lekarzem, i bycia człowiekiem, który nie tylko leczy, ale również towarzyszy pacjentowi na etapie diagnozowania, potem terapii i w końcu rekonwalescencji. W tym kontakcie z pacjentem mamy do czynienia z innymi lekarzami, którzy leczyli go uprzednio lub konsultują obecnie. Wiadomo, że błędów nie popełnia tylko ten, kto nic nie robi. Błędy mniejszego lub większego kalibru, zawinione lub niezawinione, zdarzają się zarówno nam, jak i innym lekarzom. Jeśli taki błąd dostrzeżemy w postępowaniu innego lekarza, to powinniśmy najpierw z nim porozmawiać, wyjaśnić sytuację, dążyć do naprawienia szkody i dopiero po tym powiadomić odpowiedni organ izby lekarskiej o zaistniałym zdarzeniu. Poinformowanie samorządu lekarskiego o popełnieniu przez lekarza przewinienia zawodowego nie stanowi naruszenia zasad etyki. Mniej doświadczonym lekarzom należy się pomoc, i konsultacyjna, i merytoryczna oraz wsparcie psychiczne. Szczególnie lekarz-kierownik winien traktować należycie podległe mu osoby, umożliwiając im pracę w odpowiednich warunkach oraz dbając o ich właściwy rozwój zawodowy.

Zawarte w Kodeksie zasady etyczne są w większości tak oczywiste, że każdy lekarz winien mieć je we krwi, powinny one zostać ukształtowane na gruncie rodzinnym, a już na pewno utrwalić się po studiach, powinny wynikać z szacunku do relacji mistrz – uczeń, i generalnie z szacunku do drugiego człowieka, często bardzo cierpiącego. I kultuujemy nadal to braterskie sformułowanie: „Koleżanko”, „Kolego”. Czy istnieje międzypokoleniowy konflikt w pojmowaniu etyki lekarskiej? Czy jest osobna etyka dla młodych lekarzy i lekarzy seniorów? Do kiedy jest się młodym lekarzem? Przyjęta granica wieku to 35 lat. A od kiedy jest się seniorem? Przyjęto, że od momentu przejścia na emeryturę (60-65 lat). Czy to oznacza, że lekarze w wieku średnim (od 35 lat do 65) także powinny mieć swoją etykę? Nie! Moim zdaniem istnieje tylko jedna etyka i obowiązuje nas jeden kodeks wspólny dla wszystkich. Kiedyś młodzi ludzie cieszyli się z posiadania kalkulatora, ośmiomilimetrowej kamery Kwarc i aparatu fotograficznego Leica. Obecnie dysponują sprzętem o najwyższym stopniu zaawansowania technologicznego, dzięki internetowi mają nieograniczony dostęp do wiedzy z całego świata. Czy z tego powodu zasadniczo się różnią? Nie! Domeną młodości są: impulsywność, formułowanie pochopnych sądów, niedowierzanie autorytetom. Młodzież pozostaje wciąż taka sama, niesforna, zbuntowana, przekonana o swoich racjach i swojej wiedzy, ale przez to „nieumiarkowanie” jest moim zdaniem wspaniała. Nie sposób jej uznać za nijaką, mialką, mierną. Jest określona i zdecydowana, także w ocenach etycznych. Często bardzo różnicowanych.

A jacy są seniorzy? Mają przede wszystkim ogromne doświadczenie zawodowe i życiowe. Wyrokuje i oceniają – też etycznie – po głębokim namyśle, rozpatrując różne możliwości. Doradzają młodszemu. To doradzanie winno być oczywiście partnerskie, a nie paternalistyczne. Bowiem autorytetu nie nabywa się automatycznie z upływem lat – autorytet należy wypracować. Podstawowe kanony etyki lekarskiej, mające korzenie w starożytnej Grecji, są ponadczasowe i uznawane przez wszystkich. I tych młodych obecnie, i tych seniorów, którzy też kiedyś byli młodzi. Zdarza się, że ich zapatrywania na rzeczywistość, także tę lekarską, są całkowicie rozbieżne. Czy istnieje zatem międzypokoleniowy konflikt w pojmowaniu etyki lekarskiej? Stawiam tezę, że konfliktu nie ma, ale są czasem problemy, jak to bywa w wielopokoleniowej rodzinie. Problemy, które trzeba wspólnie rozwiązywać.

Pamiętajmy o przyrzeczeniu lekarskim, które składa każdy młody lekarz, otrzymując dyplom. My też je składaliśmy, mówiąc m.in.: „Przyrzekam strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należytą im życzliwością, nie podważając do nich zaufania”.



Bioetyka i najwyższa powinność lekarza

Tekst Kazimierz Szewczyk

Bioetyka – radykalne zerwanie z tradycją hipokratesową

Wielu z nas – również część lekarzy – sądzi, że absolwenci medycyny składają przysięgę Hipokratesa. Świadczy to o silnym społecznym przekonaniu, że współczesna etyka lekarska stanowi przedłużenie etosu hipokratesowego. Nie podważa go zastąpienie przysięgi, już w połowie XIX w., Obietnicą fakultetową umieszczaną na odwrocie dyplomów warszawskiej Akademii Medyko-Chirurgicznej. Obecnie młodzi lekarze składają Przysiężenie lekarskie. Oba teksty nawiązują do przysięgi. Można je więc uznać za częściową kontynuację tradycji hipokratesowej w medycynie, wzmacniającą społeczne przeświadczenie o ciągłości związanego z nią etosu. Jest ona wyraźnie widoczna między innymi w podkreślaniu wagi solidarności korporacyjnej lekarzy.

Tymczasem bioetyka wręcz radykalnie przeciwstawia się tradycji hipokratesowej. Po pierwsze, jest antypaternalistyczna. W praktyce na pierwszym miejscu norm etycznych profesji stawia zasadę poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta. Tu już nie lekarz „urządza życie chorym dla ich dobra”, jak nauczał Hipokrates, to pacjent w granicach prawa i regulacji bioetycznych definiuje swoje dobro i dopiero tak zdefiniowane może stać się „największym nakazem etycznym dla lekarza”, jak to ujmuje KEL.

Po drugie, bioetyka wykracza poza relację lekarz – pacjent i obejmuje całość systemu opieki zdrowotnej.

Po trzecie, bioetyka zrywa ze wspomnianą solidarnością korporacyjną medyków, otwierając się na postępującą socjalizację procesów decyzyjnych w medycynie i w całym systemie opieki zdrowotnej. Termin ten oznacza, że coraz więcej osób spoza kręgu profesjonalistów medycznych zaangażowanych jest w podejmowanie decyzji i w systemie, i w relacji lekarz – pacjent. Socjalizacja wiąże się z demokratyzacją procesów decyzyjnych. Daje ona pacjentowi prawo do uczestnictwa w postępowaniu dotyczącym jego przypadku, a społeczeństwu zapewnia udział w planowaniu systemu opieki.

Trzy determinanty narodzin bioetyki

Za umowną datę powstania bioetyki część autorów uznaje publikację z 1970 roku autorstwa protestanckiego etyka Paula Ramseya *Patient as Person* (wydanie polskie *Pacjent jest osobą*, 1977 rok). Osobą zachowującą pełnię swoich wolności i uprawnień, której przydarzyła się choroba, a nie chorym pozbawionym podmiotowości. Tytuł opracowania wskazuje na wagę powojennego ruchu praw i wolności obywatelskich jako jednej z przyczyn kształtowania się bioetyki. Jego odpowiednikami w bioetyce są prawa pacjenta, na czele z zasadą poszanowania autonomii. Refleksem tego ruchu jest także ochrona uczestników badań naukowych w medycynie, kodyfikowana w dziewięciu nowelizacjach Deklaracji Helsińskiej z 1964 roku.

Drugim istotnym bodźcem rozwojowym bioetyki był (i jest) postęp technologiczny oraz naukowy w medycynie, ze szczególną rolą respiratora skonstruowanego w latach 50. ubiegłego wieku i doskonałych technik resuscytacyjnych. To za ich sprawą medycyna dotarła do granic życia ludzkiego. Rozpoczęły się angażujące lekarzy, prawników, bioetyków deba-

Dr hab. n. hum., prof. nadzw. Kazimierz Szewczyk
Kierownik Zakładu Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Filozof i biolog. Zajmuje się bioetyką i filozofią nauk o życiu. Członek honorowy Polskiego Towarzystwa Etycznego, członek Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk.



Fot. z archiwum autora

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/biology-316571/PublicDomainPictures – obraz modyfikowany

ty, mające na celu zdefiniowanie śmierci. Duże zainteresowanie społeczne budziły orzeczenia sądów amerykańskich zezwalające na odłączenie od respiratora Karen Quinlan (1976 rok) i wycofanie sztucznego odżywiania u Nancy Cruzan (rok 1983). Obie pacjentki były w stanie przetrwale wegetatywnym. Ich przypadki wywołały, trwającą zresztą do dziś, ożywioną dyskusję na temat terapii daremnej, spokojnej śmierci jako jednego z celów medycyny i opieki nad chorymi u kresu życia, również noworodkami.

Bardzo ważnym czynnikiem kształtowania się bioetyki było powstanie instytucjonalnie i funkcjonalnie rozbudowanego systemu opieki zdrowotnej. Dziewiętnastowieczną medycynę naukową epoki Pasteura (i częściowo czasów przedwojennych) porównać można do solidnej łodzi. Dowodzić nią mogli z powodzeniem sami lekarze, mając do pomocy jedynie „marynary”, czyli pielęgniarki.

Współczesna medycyna jest ogromnym transatlantykiem, wyrafinowanym technologicznie i drogim w utrzymaniu. Tu już sam lekarz na mostku kapitańskim nie wystarczy, aby statek prowadzić bezpiecznie do portu. Do realizacji tego zadania niezbędna jest sprawna załoga, wskazująca kapitanowi ekonomicznie optymalne szlaki docierania do celu, planująca i rozdzielająca obowiązki między poszczególne działy i obsługująca jego maszynię. I ona także nie wystarcza. Ustalaniem portów, a więc najważniejszych dóbr-celów systemu opieki zdrowotnej powinni się zajmować wszyscy obywatele. Innymi słowy, już sam system opieki zdrowotnej wymusza socjalizację i demokratyzację decyzji w medycynie i w całym systemie.

Bioetyka elementem systemu opieki zdrowotnej światopoglądowo zróżnicowanych demokratycznych państw prawnych

Bioetyka jest dyscypliną połowiczną. Jej pierwszą część stanowi działalność akademicka, druga część jest dyskursem społecznym uprawianym w przestrzeni publicznej, tworzonej przez obywateli nastawionych na dobro wspólne i kierujących się politycznymi wartościami demokratycznymi, przede wszystkim wolnością, równością, sprawiedliwością, szacunkiem dla prawa i dla podstawowych instytucji państwa. Wartości polityczne tak rozumiane są jednocześnie dobrami moralnymi. Z perspektywy systemu opieki zdrowotnej bardzo ważna jest solidarność międzyludzka akceptująca naszą śmiertelność, podatność na choroby, związane z nimi i z lękiem przed śmiercią – ból i cierpienie.

Bioetyka akademicka i publiczna są całkowicie odrębnymi „połówkami”, których pod żadnym pozorem nie wolno mylić. Pierwsza pełni funkcje pomocnicze względem bioetycznego dyskursu publicznego i ma znikomy wpływ na decyzje podejmowane w systemie opieki zdrowotnej. Natomiast bioetyka publiczna ma coraz większy udział w tych rozstrzygnięciach. O głębi odmienności między nimi świadczy fakt, że bioetyka akademicka może być z powodzeniem uprawiana w reżimach niedemokratycznych (np. Chinach), niedostępnych ze względów politycznych dla dyskursu publicznego, mogącego swobodnie toczyć się w demokratycznych państwach prawnych.

Bioetyka nie ma powszechnie uznanej podstawy teoretycznej. Nie ma nawet jednolitej definicji. Mimo to w jej „połowie” publicznej widać zarysy zgody w kilku kluczowych kwestiach. Przyjmuje się, że nie jest ona częścią jakiejś etyki szczegółowej czy filozofii, słowem, że nie jest tzw. „etyką stosowaną”. W Polsce bioetykę kwalifikują do etyk aplikacyjnych eksperci związani z nauką Kościoła katolickiego. Popularny jest pogląd kwestionujący przynależność bioetyki do medycyny. Bioetyka publiczna jest samodzielną dyscypliną i – zgodnie ze swą nazwą – przy-

należy do sfery publicznej, a ściślej jest częścią systemu opieki zdrowotnej demokratycznego państwa prawnego, który – już bez żadnych wątpliwości – mieści się w obszarze publicznym.

Próba zdefiniowania bioetyki budzi większe kontrowersje niż przedstawiona jej afiliacja. Jednakże warto na użytek tego opracowania zaproponować następującą definicję: „Bioetyka jest usytuowaną w sferze publicznej, interdyscyplinarną dziedziną nauki identyfikującą, krytycznie analizującą i (etycznie) regulującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej światopoglądowo zróżnicowanego, demokratycznego państwa prawnego”.

”
Współczesna medycyna jest ogromnym transatlantykiem, wyrafinowanym technologicznie i drogim w utrzymaniu. Tu już sam lekarz na mostku kapitańskim nie wystarczy, aby statek prowadzić bezpiecznie do portu. Do realizacji tego zadania niezbędna jest sprawna załoga, wskazująca kapitanowi ekonomicznie optymalne szlaki docierania do celu, planująca i rozdzielająca obowiązki między poszczególne działy i obsługująca jego maszynię. I ona także nie wystarcza. Ustalaniem portów, a więc najważniejszych dóbr-celów systemu opieki zdrowotnej powinni się zajmować wszyscy obywatele. Innymi słowy, już sam system opieki zdrowotnej wymusza socjalizację i demokratyzację decyzji w medycynie i w całym systemie.

“

Komitety bioetyczne – parlamenty bioetyki publicznej

Instytucjonalnymi ośrodkami bioetycznego dyskursu publicznego są komitety bioetyczne różnego szczebla i o różnym zasięgu, od narodowych począwszy, poprzez działające przy towarzystwach lekarskich, a na szpitalnych skończywszy. Na ich forum zainteresowane strony podejmują działania wymienione w definicji. Szczególnie istotne jest opracowywanie etycznych reguł (rekomendacji) podejmowania decyzji czy to na poziomie systemu, specjalizacji medycznej (np. intensywnej terapii), czy szpitala klinicznego. Ciał tych nie wolno utożsamiać z komisjami bioetycznymi nadzorującymi w biomedycynie badania naukowe z wykorzystaniem ludzi. O ile mi wiadomo, tylko w Polsce noszą one taką mylącą nazwę.

Rekomendacje komitetów zastępują dotychczasowe rozbudowane kodeksy etyki lekarskiej. Ich praktyczna przydatność dla lekarzy została zakwestionowana przez wymienione okoliczności kształtowania się bioetyki, a same kodeksy stają się jedynie nostalgicznym wspomnieniem prostoty owych solid-



nych łądzi niegdysiejszej medycyny i solidaryzmu korporacyjnego ich kapitanów. Przykładem takiej regulacji jest nasz KEL.

Ze względu na wagę rekomendacyjnych zadań, przyrównuje się komitety do parlamentów normujących aktami prawnymi działania rządów.

W naszym kraju na palcach jednej ręki policzyć można instytucje bioetyki publicznej. Wspomnę o dwóch, szczególnie zasłużonych: Komitecie Etyki Klinicznej przy Centrum Zdrowia Dziecka i Komitecie Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. Jest to bardzo smutna wyliczanka. Liczba komitetów, a nade wszystko siła ich oddziaływania na procesy decyzyjne w systemie opieki zdrowotnej, stanowi bowiem dobrą miarę rozwoju demokratycznego społeczeństwa obywatelskiego.

Bioetyka i najwyższa powinność lekarza

Metafora medycyny jako transatlantyku nie pokazuje zasadniczej moralnej różnicy między lekarzem a kapitanem największego nawet statku. Jej wyjaśnianie rozpocznę od przykładu.

Lekarza poproszono o wizytę w mieszkaniu chorej sąsiadki. Dotychczas znał ją jedynie z widzenia, jak to bywa w dużych miastach. Po badaniach możliwych w takiej sytuacji, stwierdził, że kobieta ma najprawdopodobniej nowotwór w dolnym odcinku kręgosłupa, nadający się do usunięcia. Zakomunikował diagnozę chorej i jej partnerowi. Zostawił adres placówki i nazwisko specjalisty, do którego pacjentka powinna się jak najszybciej zgłosić. Traktując wizytę jak przysługę sąsiedzką, odmówił przyjęcia zapłaty i wyszedł. Nigdy więcej nie zainteresował się dalszym losem chorej, choć wielokrotnie widział karetkę pogotowia na podwórku. Po jakimś czasie sąsiadka zmarła. Jej partner z żalu zapił się na śmierć.

Już po ich śmierci lekarz dowiedział się przypadkiem, że chora nie skontaktowała się ze specjalistą. Wzywano jedynie pogotowie, aby podać jej środki przeciwbólowe. Powodem bierno-

ści była błędna (choć w swoim czasie dosyć rozpowszechniona) interpretacja odmowy przyjęcia zapłaty. Pacjentka i jej partner byli przekonani, że oznacza to rozpoznanie beznadziejnego stanu chorej, bo „od umierającego pieniędzy się nie bierze”.

Lekarz zachował się jak kapitan, którego odpowiedzialność za załogę i statek kończy się po zdaniu służby. Może wówczas przestać być kapitanem i jechać do domu. Natomiast lekarz, nawiązując z pacjentką nawet nieformalną relację profesjonalną, składa jej tym samym milczącą obietnicę lojalności i troski. Obietnica ta jest zarazem wzięciem pełnej odpowiedzialności moralnej za chorobę i trwanie relacji. Stąd płynie wniosek, że najwyższą etyczną powinnością lekarza jest oparta na lojalności i trosce odpowiedzialność za pacjenta, z którym weszło się w relację profesjonalną.

Co więcej, lekarza profesjonalistę powinna cechować gotowość do brania takiej troskliwej odpowiedzialności za tych, którzy cierpią i wymagają jego pomocy. Kulturowanie tej gotowości sprawia, że lekarzem „się jest”, a nie „bywa się” nim tak, jak „bywa się” kapitanem statku.

Najwyższa etyczna powinność czyni z działalności lekarzy profesję. Termin ten można wywodzić od łacińskiego *prophe-tare* = „prorokować”. Prorok był powołany do głoszenia woli bogów, lekarz jest powołany do odpowiedzialnej troski o pacjenta. Do jednych z bardzo ważnych zadań bioetyki należy pomaganie lekarzom w wypełnianiu tej powinności w komplikujących się realiach współczesnego świata (demokratycznego). Natomiast rolą uaktualnionych przyrzeczeń lekarskich i upodobnionych do nich – krótkich kodeksów etyki lekarskiej – powinno być przypomnienie lekarzom i społeczeństwu podstawowych („największych”) obowiązków profesji medycznej – ich „przepowiadanie”. O sile takiego zapotrzebowania świadczą wspomniane na początku artykułu błędne przeświadczenia o aktualności przysięgi Hipokratesa.



INWESTUJ Z LEKARSKĄ KASĄ POMOCY KOLEŻEŃSKIEJ

Wraz z nadejściem lata rodzą się w nas nowe pomysły dotyczące sfery zawodowej, wzrasta chęć do podejmowania decyzji inwestycyjnych. Z pomocą LKPK można np. zmodernizować gabinet lekarski, udoskonalić stanowisko pracy, wymienić sprzęt medyczny. Możliwości jest naprawdę wiele...

Po ostatnim walnym zebraniu maksymalna kwota pożyczki wzrosła z 20 tys. zł do 22 tys. zł. Jest to już pokaźna suma, umożliwiająca przeprowadzenie realnego przedsięwzięcia, tym bardziej że gabinety lub samodzielne poradnie stanowią na ogół inwestycję rodzinną, upoważniającą wszystkich lekarzy do ubiegania się (zgodnie z regulaminem) o taką formę dofinansowania. Warto podkreślić, że wprowadziliśmy szereg udogodnień dla osób przystępujących do LKPK. Ci, którzy zdecydują się zapisać do Kasy, mogą liczyć na preferencyjne warunki, tj.: przyspieszenie terminu spłaty pożyczki, wydłużenie okresu spłaty pożyczki, odroczenie spłaty pierwszej raty o miesiąc, odroczenie terminu pobierania składek o trzy miesiące. Można również w ramach środków własnych (zgromadzone składki) otrzymać pożyczkę bez żyrantów. Żyrantami mogą być zarówno członkowie LKPK, jak i członkowie DIL.

Atutami LKPK są: krótkie terminy oczekiwania na pożyczkę, minimum formalności, długi

okres spłat zaciągniętego kredytu (na prośbę pożyczkobiorcy), wysoka kwota pożyczki, niskooprocentowane. Z finansowego wsparcia, jakie oferuje LKPK, mogą korzystać osoby będące na emeryturze. W przypadku nieterminowego spłacania rat, informujemy o tym fakcie zakład pracy oraz żyrantów. Wcześniej jednak kontaktujemy się bezpośrednio z pożyczkobiorcą w celu uzyskania wyjaśnień w tej kwestii. Okres oczekiwania na takie wyjaśnienia upływa po trzech miesiącach, a brak odzewu ze strony pożyczkobiorcy skutkuje naliczaniem kar regulaminowych. Ostatecznością jest wpis do rejestru dłużników lub interwencja komornicza. Za konieczne uważamy uświadamianie pożyczkobiorcom, że niesolidne spłacanie rat pożyczki uniemożliwia innym kolegom i koleżankom wcześniejsze otrzymanie pomocy finansowej.

Zachęcamy do korzystania z tej formy dofinansowania. Procedura ogranicza się do niezbędnych formalności. Ze strony internetowej DIL można pobrać deklarację przystąpienia do LKPK, wniosek o pożyczkę, jak również zapoznać się ze statutem LKPK. Druki można przesłać na adres siedziby DIL i telefonicznie uzgodnić formę spłat rat pożyczki. Nie jest wymagane osobiste zgłoszenie się do siedziby LKPK – choć oczywiście serdecznie zapraszamy. Informacji o działalności naszej Kasy udzielają również delegatury DIL (Wałbrzych, Legnica, Jelenia Góra).

Zachęcamy do odwiedzania naszej strony internetowej: www.dilnet.wroc.pl/ zakładka LKPK.

Krystyna Gniatkowska-Gładysz, przewodnicząca LKPK

MULTIMEDIALNY PROGRAM EDUKACYJNY DLA LEKARZY

Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową zaprasza lekarzy do udziału w multimedialnym programie edukacyjnym pt. „**Lekarz POZ w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową**”, którego autorem jest konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej prof. dr hab. n. med. Jerzy R. Kowalczyk.

Udział w programie jest bezpłatny i możliwy w każdym czasie i miejscu. Jest bowiem emitowany online w sieci internetowej z ograniczonym dostępem pn. *Medyczna*

Platforma Edukacyjna (www.medycyna.org.pl/), w kategorii programy nieodpłatne, poz. Programy Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową.

Program przeznaczony jest dla lekarzy objętych obowiązkiem doskonalenia zawodowego, zgodnie z art. 18.1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634). **Pozytywny wynik testu wiedzy uprawnia do uzyskania 5 punktów edukacyjnych.**

Daniela Mroczek
prezes zarządu Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/computer-1149148/Unsplash – obraz modyfikowany



Fot. z archiwum autora

Kodeks etyczny to nie wszystko

Prof. Paweł Łuków

Filozof, etyk i bioetyk; zatrudniony w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego i w Zakładzie Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; redaktor naczelny półrocznika Etyka; autor prac poświęconych etyce Kantowskiej, filozofii medycyny i etyce życia publicznego, w tym książek: *Wolność i autorytet rozumu. Racjonalność w filozofii moralnej Kanta*, WFiS UW 1997; *Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta*, Wyd. Naukowe „Scholar” 2005; *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i o sztuce leczenia*, Wyd. Naukowe „Semper” 2012, *Etyka medyczna z elementami filozofii*, (T. Pasierski, współaut.) Wyd. Lekarskie PZWL 2013, *Zrozumieć śmierć człowieka*, (red.), Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych 2015.

Jednym z kluczowych zadań samorządu lekarskiego jest dbanie o to, aby zachowania lekarzy były nakierowane przede wszystkim na dobro pacjenta. Tym między innymi różni się samorząd zawodowy od związku zawodowego. O ile ten ostatni ma za zadanie dbanie przede wszystkim o interesy grupy zawodowej, o tyle samorząd zawodowy ma obowiązek dbania o dobro, które wykracza poza interesy grupy zawodowej. Działania samorządu zawodowego lekarzy nie służą więc tylko specyficznym interesom członków tej grupy zawodowej, jak np. zapewnieniu wynagrodzenia stosownego do złożoności, ryzykowości i odpowiedzialności związanej z realizowanymi zadaniami, ale przede wszystkim właściwemu wykonywaniu zawodu.

Samorząd lekarski i kodeks etyczny

Ustawowy cel powołania samorządu lekarskiego, jakim jest piecza nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza (Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, art. 2 ust. 1; por. art. 25, art. 39 ust. 1) lokuje społecznie grupę zawodową lekarzy bardzo wysoko. Wiążą się z tym zarówno uprawnienia, jak i obowiązki. Prawa są pochodną zaufania, jakim darzeni są lekarze, co znajduje wyraz

w konstytucyjnym określeniu zawodu zaufania publicznego (art. 17 ust. 1 Konstytucji RP). Jest to zawód samoregulujący się, co oznacza, że tworzy zasady etyczne dla swoich członków (u.i.l. art. 5, art. 38). Ta niezależność i swoboda pociągają za sobą także zobowiązania. Tam, gdzie grupa lub jednostki uzyskują znaczny stopień niezależności, jednostki i społeczeństwo jako całość, oczekują od członków tej grupy przywiązania do określonych norm. W medycynie (w najogólniejszym zarysie) jest to obowiązek postępowania zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki lekarskiej. Każdy z tych obowiązków jest etyczny, gdyż przestrzeganie każdego z nich służy głównemu celowi medycyny, jakim jest dobro pacjenta.

Wiele osób uważa, że jednym z głównych narzędzi dbania o należyte i sumienne wykonywanie zawodu przez lekarzy jest kodeks etyki. Bez niego, głosi to stanowisko, lekarze nie dysponowałiby odpowiednim źródłem wskazówek moralnych, zaś samorząd nie mógłby pełnić pieczy nad tym, jak rola zawodowa lekarza jest realizowana. Nie mając kodeksu etyki, lekarze nie wiedzieliby, jakich zachowań się od nich oczekuje, a w związku z tym, nie mogliby ponosić moralnej odpowiedzialności za swoje postępowanie.



”

Aby kodeks etyczny spełniał pokładane w nim nadzieje, potrzebne mu jest „zaplecze”, które dostarczałoby lekarzom dostatecznie szczegółowych wskazówek postępowania. Można je znaleźć w podejściu do regulacji etycznej obecnym w amerykańskiej medycynie. Wywodzi się ono z tradycji brytyjskiej, w której w 1803 r. powstał *Medical Ethics or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (Manchester, Printed by S. Russell for J. Johnson 1803) autorstwa lekarza Thomas Percivala. Potrzeba klarownego opisu powinności lekarskich pojawiła się w sytuacji, którą lekarze i szeroki ogół uważali za kryzys moralności manchesterskich lekarzy, skłóconych i dbających o własną reputację i monopol na usługi zamiast o pacjentów.

”

”

W istocie *The Code of Medical Ethics* AMA to dokument, który składa się z trzech części: Zasad Etyki Medycznej, Opinii Etycznych Rady ds. Etyki i Prawa (Council on Ethical and Judicial Affairs, CEJA) oraz Raportów CEJA. W ten sposób wyraża zarówno etyczne ideały deklarowane przez lekarzy amerykańskich, jak i dostarcza względnie szczegółowych wskazówek postępowania. Ponadto, oferuje uzasadnienia tych zaleceń dla zainteresowanych lub potrzebujących głębszego namysłu nad etycznymi aspektami postępowania lekarza. Jako całość *The Code* umożliwia AMA dbanie o właściwe wykonywanie zawodu lekarza.

”

Z kolei samorząd pozbawiony kodeksu etyki, nie mógłby pociągać do odpowiedzialności zawodowej lekarzy, którzy naruszają powinności profesjonalne, ponieważ nie dysponowałby podstawą normatywną dla zarzutów niewłaściwego wykonywania zawodu i do ferowania wyroków.

Aby samorząd zawodowy mógł realizować swoje cele, a lekarze spełniać adresowane do nich oczekiwania, wskazówki zawarte w kodeksie etycznym muszą być klarowne. Zasady etyczne zawarte w kodeksie muszą więc wykraczać poza deklarację ideałów, chociaż bez tych ideałów trudno sobie wyobrazić właściwe wykonywanie takich zawodów jak zawód lekarza. Jednak w warunkach pogłębiającego się różnicowania przekonań moralnych, gwałtownych zmian społecznych, technologicznych i prawnych, coraz częściej pojawiają się wątpliwości co do tego, jak postąpić. Otoczenie społeczne, w którym funkcjonuje medycyna, jest coraz mniej przewidywalne, a technologie stawiają lekarzy w sytuacjach, które ich poprzednikom nawet nie mogły przyjść do głowy. Lekarze potrzebują nie tylko klarownych deklaracji ideałów i ogólnych norm, ale też względnie szczegółowych wskazówek uwzględniających społeczne, technologiczne i prawne realia ich pracy.

Potrzeba zaplecza dla kodeksu etycznego

Kodeks etyki zawodowej – w postaci takiej jak np. z Kodeks etyki lekarskiej (KEL) – to zbiór nakazów i zakazów, utworzony przez upoważniony zespół, zwykle wywodzący się ze środowiska profesjonalnego. Dostatecznie często, podobnie jak ma to miejsce w przypadku KEL, kodeksy mają formę zbliżoną do ustaw: dzielą się na rozdziały, artykuły, ustępy itd. Kodeks tylko wylicza zasady pożądanego zachowania, ale nie zawiera uzasadnień poszczególnych unormowań. Ponadto, ze względu na ich ogólny charakter normy takiego kodeksu wymagają interpretacji, która może wymagać sporej kompetencji w tym zakresie. Tym samym może dochodzić do sytuacji, w których – z powodu różnicowania przekonań moralnych, zmian społecznych, technologicznych i prawnych – lekarz może nie mieć wystarczającej jasności w kwestii tego, jakiego postępowania się od niego oczekuje i jak rozwiązywać dylematy etyczne. Samorząd lekarski może zaś nie mieć odpowiednio sprawnego narzędzia dbania o należyte i sumienne wykonywanie zawodu lekarza.

Aby kodeks etyczny spełniał pokładane w nim nadzieje, potrzebne mu jest „zaplecze”, które dostarczałoby lekarzom dostatecznie szczegółowych wskazówek postępowania. Można je znaleźć w podejściu do regulacji etycznej obecnym w amerykańskiej medycynie. Wywodzi się ono z tradycji brytyjskiej, w której w 1803 r. powstał *Medical Ethics or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (Manchester, Printed by S. Russell for J. Johnson 1803) autorstwa lekarza Thomas Percivala. Potrzeba klarownego opisu powinności lekarskich pojawiła się w sytuacji, którą lekarze i szeroki ogół uważali za kryzys moralności manchesterskich lekarzy, skłóconych i dbających o własną reputację i monopol na usługi zamiast o pacjentów (Edmund D. Pellegrino, *Thomas Percival's Ethics: The Ethics Beneath the Etiquette*, w: Thomas Percival, *Medical Ethics*, Birmingham, AL, Classics of Medicine Library, 1985). Wcześniej lekarskie ideały moralne wyrażano w postaci przysięg, jak sławna przysięga przypisywana Hipokratesowi, modlitw, życiorysów wielkich lekarzy z przeszłości. Książka Percivala miała nie tylko przypomnieć lekarzom ideały ich zawodu, ale też stosunkowo szczegółowo opisać ich konsekwencje tak, aby lekarze niespełniający oczekiwań etycznych nie mogli usprawiedliwiać się tym, że nie wiedzieli, co powinni zrobić. Chociaż w tytule książki Percivala widnieje słowo „kodeks”, to nie przypomina ona swoim kształtem tego, co dzisiaj znamy jako kodeks etyki zawodowej. Jest ona dosyć obszerną (ponad 200 stron) rozprawą podzieloną na rozdziały szczegółowo opisujące niemal wszystkie aspekty życia i pracy lekarza, wskazując pożądaną postępowanie wraz z uzasadnieniem tych powinności.

Kodeks AMA

Takie podejście do etycznej regulacji w medycynie kontynuuje The Code of Medical Ethics Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego (American Medical Association), którego pierwsza wersja powstała w 1847 r. z inspiracji kodeksem Percivala (zob. R. B. Baker, *The Historical Context of the American Medical Association's 1847 Code of Ethics*, w: R.B. Baker (red.), *The Codification of Medical Morality, Historical and Philosophical Studies of the Formalization of Western Medical Morality in the Eighteenth and Nineteenth Centuries Volume Two: Anglo-American Medical Ethics and Medical Jurisprudence in the Nineteenth Century*, Kluwer, Dordrecht 1995: 47-63). Choć w jego tytule figuruje słowo kodeks, to formą nie przypomina Kodeksu etyki lekarskiej, a raczej rozwija pragmatyczną perspektywę książki Percivala.

W istocie The Code of Medical Ethics AMA to dokument, który składa się z trzech części: Zasad Etyki Medycznej, Opinii Etycznych Rady ds. Etyki i Prawa (Council on Ethical and Judicial Affairs, CEJA) oraz Raportów CEJA. W ten sposób wyraża zarówno etyczne ideały deklarowane przez lekarzy amerykańskich, jak i dostarcza względnie szczegółowych wskazówek postępowania. Ponadto, oferuje uzasadnienia tych zaleceń dla zainteresowanych lub potrzebujących głębszego namysłu nad etycznymi aspektami postępowania lekarza. Jako całość The Code umożliwia AMA dbanie o właściwe wykonywanie zawodu lekarza.

Zasady Etyki Medycznej wyrażają ogólne aspiracje etyczne lekarzy amerykańskich. Zasady wymagają od lekarzy udzielania pacjentom kompetentnej opieki medycznej ze współczuciem i szacunkiem dla godności i praw człowieka (I); nakazują przestrzeganie standardów profesjonalizmu medycznego, uczciwość, ujawnianie nieprawidłowości i nieuczciwości w postępowaniu innych lekarzy (II); nawołują do poszanowania prawa i dbania o jego reformę tam, gdzie nie służy ono interesom pacjenta (III); żądają szacunku dla praw pacjentów, współpracowników i prywatności w granicach prawa (IV); podnoszenia swych kwalifikacji i upowszechniania wiedzy medycznej (V); przyznają lekarzom swobodę wyboru pacjentów (z wyjątkiem sytuacji nagłych), stowarzyszeń i warunków pracy (VI); wymagają zaangażowania w poprawę życia społeczności i działań na rzecz zdrowia publicznego (VII); traktowania odpowiedzialności wobec pacjenta jako nadrzędnej (VIII); oraz wspierania dostępu do opieki medycznej wszystkich ludzi (IX).

Zasady te są podstawą normatywną zaleceń zawartych w Opiniach Etycznych, które zajmują w Kodeksie wielokrotnie więcej miejsca. Opinie są pogrupowane tematycznie i dotyczą względnie szczegółowych zagadnień, z jakimi styka się lekarz w swojej codziennej praktyce, m.in. w zakresie relacji interpersonalnych, relacji w szpitalach, prowadzenia dokumentacji czy poufności. Opinie w zwięzły sposób przedstawiają powinności adresowane do członków AMA wraz z krótkim uzasadnieniem i odsyłaczem do Zasad, na których to uzasadnienie się opiera. Opinie te są zarówno ułożone w kontekście prawnym; jak i biorą pod uwagę realia organizacyjne i obyczaje środowiska lekarskiego. Dzięki temu mogą być pożyteczne w codziennej praktyce lekarza, który mając wątpliwość odnośnie do właściwego postępowania w określonej sytuacji, może zająrzeć do Opinii i w ten sposób szybko uzyskać klarowną wskazówkę odnośnie do obowiązującego go standardu etycznego.

Fakt, że Zasady Etyczne są nieliczne, pozwala uniknąć zarzutu, że The Code zawiera prawdy trywialne, o niewielkiej użyteczności praktycznej. Są one raczej deklaracjami ideałów,

które uzyskują wypełnienie treścią w Opiniach Etycznych odnoszących się, z jednej strony do realiów pracy lekarzy, a z drugiej – formułowanych w odpowiedzi na problemy pojawiające się w codzienności lekarskiej. Są one systematycznie uaktualniane i modyfikowane, zależnie od tego, jak zmieniają się warunki świadczenia opieki zdrowotnej, pojawiają nowe przepisy, okoliczności społeczne, zmiany kulturowe itp. Korzystając z Opinii lekarz amerykański nie musi zatem interpretować Zasad w odniesieniu do przypadku, który go dotyczy, ponieważ tę interpretację otrzymuje w języku, który odnosi się do znanej mu rzeczywistości. Tym samym Zasady wraz z Opiniami mogą stanowić rzeczywiste narzędzie dbałości o należyte i sumienne wykonywanie pracy lekarza w codziennej praktyce. Trudno zarzucić im abstrakcyjność, brak kontaktu z rzeczywistością, przestarzałość czy niejasność.

Ponieważ opinie są zwięzłe, ich uzasadnienia mogą budzić niedosyt. Czasem może też zająć potrzeba gruntowniejszego zbadania uzasadnienia rekomendacji zawartej w konkretnej Opinii. W tym zakresie nieocenione są raporty CEJA, do których odsyłacze są zamieszczane przy opiniach. Najczęściej raport zawiera opis problemu poddawanego dyskusji, wskazuje powody wątpliwości etycznych, które wymagają rozstrzygnięcia, definiuje kluczowe pojęcia, omawia problem ze wskazaniem na kluczowe węzła zaangażowane wartości, i rekomendację lub zalecenia postępowania. Dość często raporty zawierają odniesienia do literatury naukowej i wskazują na problemy wymagające dalszej dyskusji. Powstanie raportu zwykle poprzedza dyskusja na forum Zjazdu Delegatów (House of Delegates) AMA, który odbywa się raz na dwa lata. Dyskusja toczy się zarówno przez zjazd, jak i w jego trakcie. Następnie raport CEJA zostaje poddany pod głosowanie Zjazdu, który może raport przyjąć, odrzucić lub zwrócić do dalszych prac. Zjazdowi nie wolno jednak zmienić treści raportu (F. A. Riddick, Jr. *The code of medical ethics of the American Medical Association*. Ochsner J 5, no. 2 (Spring 2003): 6-10).

W wyniku tej żmudnej procedury powstają stanowiska etyczne, które nie tylko mają bliski związek z codzienną praktyką lekarzy, ale także stoi za nimi autorytet tworzącego je gremium. CEJA składa się z siedmiu lekarzy oraz po jednym reprezentancie studentów i rezydentów. Co roku nowy prezes przedstawia Zjazdowi Delegatów kandydata na członka CEJA, którego Zjazd może zaakceptować lub odrzucić, ale nie może powołać własnego. Taka reprezentacja pozwala wypracowywać wyważone opinie, które nie będą łatwo podważane przez praktyków. Sposób wyboru członków CEJA gwarantuje zaś kontynuację standardów etycznych zawartych w raportach i opiniach pomimo dostosowywania ich do zmieniających się okoliczności świadczenia opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Rozwiązania regulacyjne AMA pokazują, że deklaracje wartości i ideałów etycznych zawodu – w postaci Zasad Etyki Medycznej bądź też Kodeksu etyki lekarskiej – wymagają „zaplecza”, które dawałyby lekarzom konkretne wskazówki postępowania dostosowane do realiów ich pracy. Takie zaplecze może znakomicie ułatwić lekarzom należyte i sumienne wykonywanie swojej pracy, ponieważ zmniejsza poziom niepewności odnośnie do tego, jakie zachowania są oczekiwane. Z kolei samorządowi lekarskiemu zaplecze takie może usprawnić realizację tak ważnego zadania, jakim jest sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez formułowanie klarownych wymogów moralnych.



Tekst Rafał Boguszewski

Zawód lekarza w społecznych opiniach i ocenach

Według danych OECD w Polsce na 1000 osób przypada zaledwie 2,2 lekarzy przy średniej 3,2. Stosunek liczby lekarzy do liczby mieszkańców plasuje Polskę pod tym względem na 33. miejscu na 43 analizowane kraje. Tym samym w Polsce na jednego lekarza przypada przeciętnie 3 168 pacjentów, przy średniej wynoszącej 2 277 pacjentów. Konsekwencją tej sytuacji jest m.in. fakt, iż czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty okazał się w 2014 roku w naszym kraju zdecydowanie wyższy niż przeciętnie w Europie (OECD, 2015). Sytuacja ta z pewnością nie pozostaje bez wpływu na jakość pracy lekarzy oraz na ich relacje z pacjentami, a w konsekwencji oddziałuje na społeczny odbiór zawodu lekarza i wyrażane zaufanie do tej profesji. Chcąc pokazać, jak zawód lekarza postrzegany jest w polskim społeczeństwie, poniżej prezentujemy wycinki różnych badań zrealizowanych w ostatnich latach przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej, w których dorośli Polacy pytani byli o ich opinie i doświadczenia związane z tym zawodem.

Rafał Boguszewski

Doktor nauk społecznych w zakresie socjologii, adiunkt w Zakładzie Socjologii Działań i Struktur Społecznych na Wydziale Nauk Społecznych w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie oraz analityk w Fundacji Centrum Badania Opinii Społecznej. Autor kilkunastu artykułów naukowych z zakresu socjologii – zwłaszcza empirycznej oraz ponad 200 autorskich komunikatów z badań CBOS, w tym odnoszących się do problematyki zdrowia i systemu opieki zdrowotnej.



Fot. z archiwum autora

Zaufanie do lekarzy

Praca lekarzy powinna się opierać na zaufaniu pacjentów. W końcu nie bez powodu zawód lekarza zaliczany jest do zawodów zaufania publicznego. Jak to zaufanie społeczne do lekarzy prezentuje się w badaniach opinii publicznej? Zgodnie z deklaracjami, ponad trzy czwarte dorosłych Polaków darzy dużym zaufaniem lekarzy, u których się leczy (78 proc.), z czego co szósty swoje zaufanie określa jako bardzo duże (16 proc.), a 62 proc. jako dość duże. Brak zaufania do swoich lekarzy wyraża niespełna jedna piąta ankieterowanych (19 proc.). Jeżeli odniesiemy te wyniki do danych dotyczących ogólnego zaufania Polaków do innych osób, z których od wielu lat wynika, że zaufanie społeczne w Polsce utrzymuje się na bardzo niskim poziomie (od ośmiu lat co najwyżej jedna czwarta badanych wyraża przekonanie, że większości ludzi można ufać, a wcześniej odsetek ten był jeszcze niższy (Omyła-Rudzka, 2016)), to możemy stwierdzić, że poziom zaufania Polaków do lekarzy, u których się leczą, jest dość wysoki. Co istotne, deklarowane zaufanie do medyków nie jest w zasadzie zróżnicowane

wane przez kontrolowane w badaniu cechy społeczno-demograficzne respondentów. Nie zależy też od częstości korzystania z wizyt lekarskich. Można wręcz zaobserwować, że osoby częściej korzystające z konsultacji lekarskich wyrażają minimalnie większe zaufanie do lekarzy niż rzadziej leczące się. Sugeruje to, że postawa nieufności wobec lekarzy jest w części przypadków raczej efektem funkcjonujących stereotypów o pracy lekarzy niż wynika z osobistych doświadczeń pacjentów. Patrząc z perspektywy ostatnich kilkunastu lat można natomiast powiedzieć, że deklarowany poziom zaufania do lekarzy pozostaje w miarę stabilny. Ciężko wskazać na jakiś jednoznaczny kierunek zmian, przy czym deklaracje z 2014 roku sugerują wręcz nieco większe zaufanie do lekarzy niż notowane w latach 2007-2010.

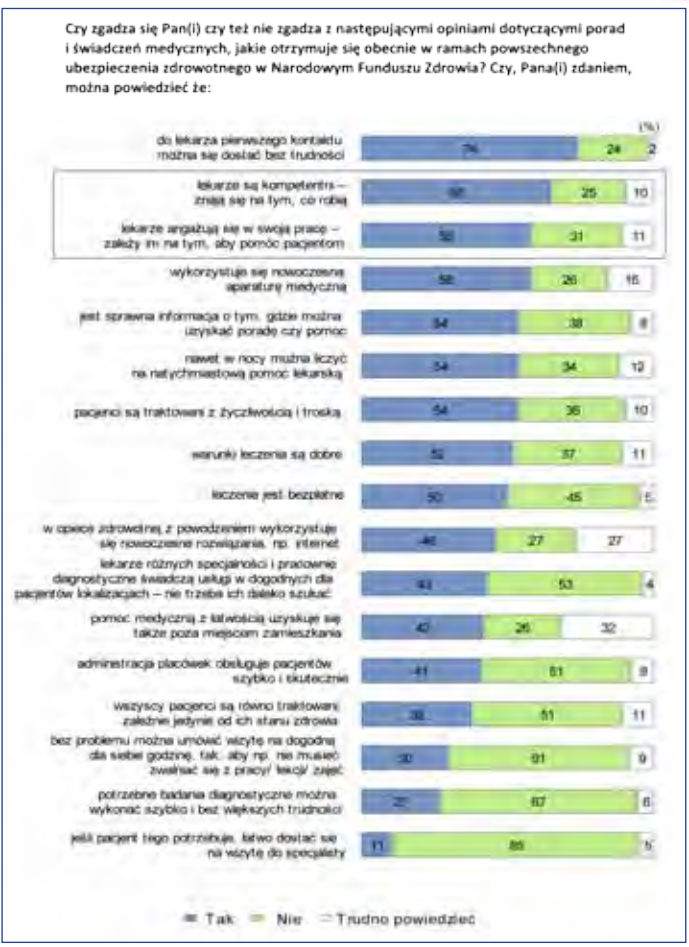
Nieco mniej korzystnie, choć również zdecydowanie pozytywnie, przedstawia się deklarowane zaufanie dorosłych Polaków do lekarzy, u których leczą oni swoje dzieci. Niespełna trzy czwarte badanych, którzy towarzyszą swoim dzieciom podczas wizyt lekarskich, wyraża zaufanie do lekarzy swoich dzieci (73 proc.), w tym co szósty określa to zaufanie jako bardzo duże (17 proc.). Jedynie co ósmy rodzic deklaruje brak zaufania (12 proc.). W ciągu trzynastu lat, pomiędzy kolejnymi badaniami na ten temat (2001-2014), zaufanie do lekarzy dzieci nieco się zmniejszyło (z 81 proc. do 73 proc.), ale przy stabilnych ocenach negatywnych. Przybyło osób niepotrafiących jednoznacznie ocenić poziomu swojego zaufania (z 6 proc. do 15 proc.).

Błędy lekarskie

Pomimo w miarę stabilnego poziomu zaufania do lekarzy, należy zwrócić uwagę na opinie Polaków o ich pracy. Różnego rodzaju przekazy medialne, własne doświadczenia oraz wymiana informacji w internecie sprawiły, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat wzrosło przeświadczenie Polaków o omylności lekarzy. Wprawdzie nadal dominuje opinia, że błędy lekarskie zdarzają się dość rzadko (48 proc.), jednak w latach 2001-2014 z 10 do 16 proc. wzrósł odsetek Polaków wyrażających przekonanie, że takie sytuacje mają miejsce często. Jak się okazuje, opinia taka jest w dużej mierze zasłyszana, na co wskazuje fakt, że połowa badanych twierdzi, iż osobiście nigdy nie doświadczyła błędnego leczenia. Można jednakże zauważyć, iż odsetek osób twierdzących, że często padały ofiarami błędnych diagnoz i leczenia nieznacznie wzrósł na przestrzeni ostatnich lat (z 3 proc. do 6 proc.).

To rosnące przekonanie o omylności lekarzy sprawia – jak się wydaje – że wbrew wcześniejszym deklaracjom o dużym zaufaniu do własnych lekarzy, generalnie Polacy postulują, by raczej z pewną rezerwą podchodzić do stawianych przez medyków diagnoz oraz leczenia i konsultować je u dodatkowych specjalistów – przekonanie takie wyraża ponad połowa badanych (55 proc.), co stanowi 6-punktowy wzrost w stosunku do roku 2001. Nie oznacza to jednak, że postulaty te są powszechnie realizowane przez Polaków, bo – jak wynika z deklaracji – mniej więcej co piąty badany przyznaje, że w każdej lub w większości sytuacji leczenia stara się uzyskać dodatkową opinię u innego lekarza (19 proc.). Z kolei ponad jedna trzecia nie czyni tego nigdy (37 proc.). Można natomiast zauważyć, że praktyka ta stała się w ostatnich latach nieco bardziej popularna niż wynikało to z deklaracji składanych w badaniu zrealizowanym w 2001 roku – odsetek osób, które nigdy nie szukały potwierdzenia lekarskiej diagnozy zmniejszył się od tego czasu o 6 punktów procentowych.

Od 2001 roku (zapewne za sprawą wzrostu popularności i dostępności internetu) wzrosła też skłonność Polaków do poszukiwania informacji o swojej chorobie i leczeniu w książkach, czasopiśmie, czy – właśnie – w internecie. Ponad połowa dorosłych Polaków przyznaje, że przynajmniej od czasu do czasu



„ Z opublikowanego w tym roku raportu wynika, że lekarze lokują się na 8. miejscu (na 24), jeżeli chodzi o średnią ocenę uczciwości i rzetelności zawodowej przedstawicieli tej profesji. Nieco lepiej (plasując się na 5. miejscu) wypadają wydzieleni w tym badaniu lekarze dentyści. Wyższe od nich oceny uzyskali jedynie naukowcy, pielęgniarki, informatycy i nauczyciele. Lekarze, w tym lekarze stomatolodzy, należą zatem do grupy dziesięciu zawodów (na 24 oceniane), w przypadku których średnie ocen uczciwości i rzetelności zawodowej lokują się powyżej środka 5-punktowej skali i są wyższe niż średnia dla ogółu ocenianych zawodów. „



stara się w ten sposób weryfikować uzyskane od lekarza informacje (56 proc.), co stanowi 14-punktowy wzrost od 2001 roku. Przy czym – jak się okazuje – ta weryfikacja diagnozy i leczenia – czy to u innego lekarza, czy też w czasopiśmie lub internecie, w dużej mierze zależy od wcześniejszych doświadczeń związanych z błędnym leczeniem. Potwierdzenia potrzebują przede wszystkim ci, którzy w przeszłości doświadczali jakichś błędów medycznych (74 proc. z nich przynajmniej od czasu do czasu szuka informacji o swojej chorobie, leczeniu lub przepisanych lekarstwach w książkach, czasopiśmie lub w internecie).

Należy jednak zauważyć, że doświadczenia błędów medycznych i przekonanie o tym, że lekarze mylą się w swojej pracy, wpływają co prawda na poziom zaufania do lekarzy, ale tylko w pewnym stopniu. Dwie trzecie tych, którzy twierdzą, że padli ofiarą błędów medycznych, jednocześnie stwierdza, że ma zaufanie do lekarzy, u których się leczy (66 proc.). Również częste weryfikowanie lekarskich diagnoz i leczenia, jak się okazuje, w większości przypadków nie przeszkadza w deklarowaniu dużego zaufania do lekarzy (69 proc. badanych, którzy twierdzą, że zawsze lub często po wizycie u lekarza poszukują w książkach, czasopiśmie lub w internecie informacji o swojej chorobie, leczeniu i lekarstwach, deklaruje jednocześnie duże zaufanie do lekarzy, u których się leczy).

Ocena pracy lekarzy

W kompleksowej ocenie stanu służby zdrowia w Polsce, która to ocena od lat wypada dość niekorzystnie (w badaniu CBOS z 2014 roku zadowolenie z niej wyraziło zaledwie 28 proc. badanych, a niezadowolenie – 68 proc., co i tak oznacza lepsze oceny niż notowane dwa i cztery lata wcześniej), lekarze – ich kompetencje i zaangażowanie, stanowią ten element, który zdecydowanie wyróżnia się *in plus*. Poza dostępnością lekarzy pierwszego kontaktu, to kompetencje medyków i ich zaangażowanie w pracę ocenione zostały najwyższymi spośród innych kwestii przedstawionych ocenie badanych. Najwięcej do życzenia pozostawia dostępność badań diagnostycznych i możliwość konsultacji u lekarzy specjalistów, a także – generalnie – administracja w placówkach służby zdrowia.

Pozytywne oceny pracy lekarzy w dużej mierze przekładają się na wyrażane przez Polaków opinie o ich uczciwości i rzetelności zawodowej. Z opublikowanego w tym roku raportu wynika, że lekarze lokują się na 8. miejscu (na 24), jeżeli chodzi o średnią ocenę uczciwości i rzetelności zawodowej przedstawicieli tej profesji. Nieco lepiej (plasując się na 5. miejscu) wypadają wydzieleni w tym badaniu lekarze dentyści. Wyższe od nich oceny uzyskali jedynie naukowcy, pielęgniarki, informatycy i nauczyciele. Lekarze, w tym lekarze stomatolodzy, należą zatem do grupy dziesięciu zawodów (na 24 oceniane), w przypadku których średnie ocen uczciwości i rzetelności zawodowej lokują się powyżej środka 5-punktowej skali i są wyższe niż średnia dla ogółu ocenianych zawodów.

Analizując zmiany opinii w ostatnim dziesięcioleciu okazuje się, że lekarze, a także – wyodrębnieni z tej kategorii – dentyści, należą do grona nielicznych profesji, których ocena uczciwości i rzetelności zawodowej utrzymuje się na zbliżonym poziomie, podczas gdy w zdecydowanej większości omawianych zawodów te oceny od 2006 roku wyraźnie się pogorszyły. Patrząc z dłuższej perspektywy, okazuje się, że aktualne oceny uczciwości i rzetelności zawodowej lekarzy, zwłaszcza biorąc pod uwagę odsetek opinii negatywnych, pozostają w zasadzie najlepsze, odkąd CBOS bada tę kwestię (Boguszewski, 2016).

Zarobki lekarzy i korupcja w służbie zdrowia

Poza przywołanymi danymi można wychwycić szereg dodatkowych kwestii, które funkcjonują w społecznym obiegu i również w jakimś stopniu rzutują na społeczny wizerunek lekarzy i służby zdrowia jako całości. Jedną z nich jest dość powszechnie podzielane przekonanie o tym, że lekarz należy do tych za-

wodów, których zarobki są zbyt wysokie – zwłaszcza chociażby w stosunku do pielęgniarek, które zdaniem dwóch trzecich badanych zarabiają za mało (Badora, 2013).

W wyobrażeniu ankietowanych przeciętne miesięczne zarobki lekarza w Polsce wynoszą 7 849,29 zł, natomiast lekarz powinien zarabiać ich zdaniem 86 proc. tej sumy, co daje średnio 6 764,36 zł. Tym samym spośród ogółu ankietowanych 32 proc. uważa, że lekarz zarabia za dużo, 17 proc. – że zarabia tyle, ile powinien, 25 proc. – że zarabia za mało, natomiast 26 proc. wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Kolejną kwestią oddziałującą na postrzeganie pracy lekarzy jest dość powszechnie podzielana opinia o stale funkcjonującej w służbie zdrowia korupcji. O tym, że korupcja jest nadal dużym problemem w Polsce przekonanych jest 83 proc. badanych (odsetek ten co prawda maleje – ale dość powoli), przy czym to właśnie służba zdrowia, obok polityki, wskazywana jest niezmiennie jako ta dziedzina, w której korupcja występuje najczęściej – uważa tak 53 proc. badanych (Feliksiak, 2013).

Podsumowanie

Wyniki badań opinii publicznej sugerują, iż – generalnie rzecz biorąc – praca i zaangażowanie lekarzy cieszą się dość dużym uznaniem społecznym, co w konsekwencji przekłada się na wysokie i dość stabilne zaufanie pacjentów do swoich lekarzy. Choć osobiste doświadczenia w relacji pacjent – lekarz wypadają dość korzystnie, to jednak społeczny wizerunek służby zdrowia w Polsce pozostawia wiele do życzenia, co – jak się wydaje – nie pozostaje bez wpływu na funkcjonujące w społeczeństwie ogólne postrzeganie lekarzy, ocenę ich zaangażowania oraz wyrażane zaufanie do nich. Bowiem w całościowym oglądzie zaufanie do lekarzy wiąże się – mimo wszystko – z dość znaczną podejrzliwością i przekonaniem o konieczności weryfikacji stawianych przez nich diagnoz i proponowanego leczenia. To, co z pewnością nie pozostaje bez wpływu na oceny pracy lekarzy i opinie o nich, to nagłaśnianie w mediach przypadki błędów lekarskich, ale także osobiste doświadczenia niewłaściwego leczenia, a ponadto coraz powszechniejsze sprawdzanie kompetencji lekarskich w różnych źródłach, w tym w coraz częściej wykorzystywanym do tego celu – internecie.

Pejoratywnie na wizerunek lekarza i całej grupy zawodowej wpływa zjawisko korupcji, które w opinii ankietowanych w służbie zdrowia występuje niezmiennie dość powszechnie. Zrozumienia pacjentów nie znajduje też domaganie się przez lekarzy wyższych zarobków, bo w ocenie relatywnie dużej grupy Polaków, na tle innych grup zawodowych – w tym chociażby pielęgniarek – zarabiają oni zbyt dużo.

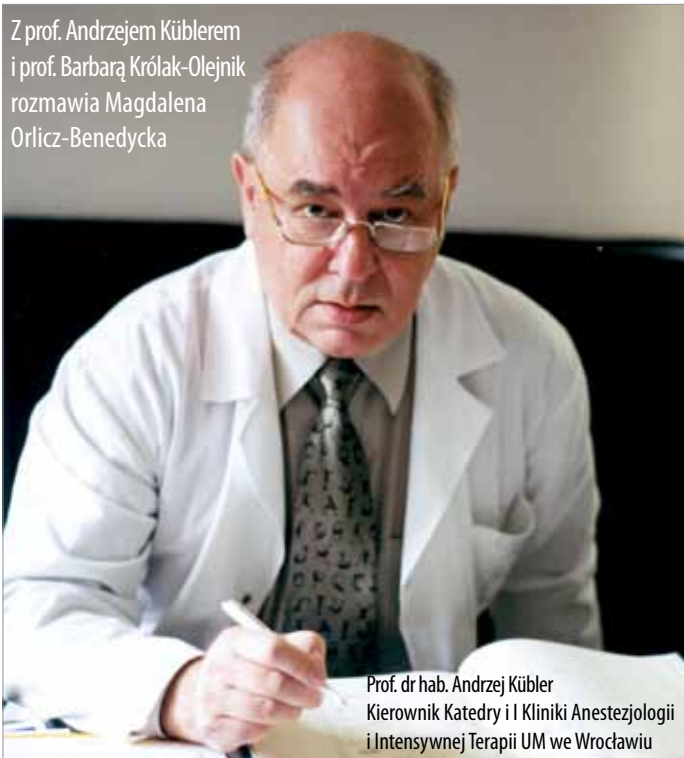
Niewątpliwie potrzebne jest w Polsce dalsze budowanie takiego modelu relacji lekarz – pacjent, który będzie wychodził naprzeciw nowym potrzebom pacjentów, ale również lekarzy, prowadząc jednocześnie do ulepszenia systemu opieki zdrowotnej jako całości. Natomiast jeszcze bardziej istotny wydaje się odwrotny kierunek – można przypuszczać, że właściwe zmiany systemowe w obszarze służby zdrowia są w stanie w znacznym stopniu poprawić odbiór relacji lekarz – pacjent i wpłynąć na postrzeganie pracy i zaangażowania lekarzy.

Bibliografia

- Badora B., *Polacy o zarobkach różnych grup zawodowych*, komunikat z badań CBOS, wrzesień 2013.
- Boguszewski R., *Spółeczne oceny uczciwości i rzetelności zawodowej*, komunikat z badań CBOS, marzec 2016.
- Feliksiak M., *Opinie o korupcji w Polsce*, komunikat z badań CBOS, listopad 2013.
- Hipsz N., *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, komunikat z badań CBOS, lipiec 2014.
- Omyła-Rudzka M., *Opinie o błędach lekarskich i zaufaniu do lekarzy*, komunikat z badań CBOS, grudzień 2014.
- Omyła-Rudzka M., *Zaufanie społeczne*, komunikat z badań CBOS, luty 2016.
- Raport: Health at a Glance 2015. OECD Indicators. <http://www.oecd-ilibrary.org>

MIĘDZY ŻYCIEM A ŚMIERCIĄ

Z prof. Andrzejem Küblerem
i prof. Barbarą Królak-Olejnik
rozmawia Magdalena
Orlicz-Benedycka



Prof. dr hab. Andrzej Kübler
Kierownik Katedry i I Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii UM we Wrocławiu

Fot. z archiwum A.K.



Dr hab. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw.
Kierownik Kliniki Neonatologii
UM we Wrocławiu

Fot. z archiwum B.KO.

Blisko pięć miesięcy zespół specjalistów z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu walczył o życie chłopczyka, który przez 55 dni rozwijał się w ciele matki. Intensywne leczenie i rehabilitacja wcześniaka w kolejnych tygodniach zakończyły się szczęśliwie. O niezwykłym przypadku rozmawiam z prof. dr. hab. Andrzejem Küblerem, kierownikiem Katedry i I Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz prof. Barbarą Królak-Olejnik, kierownikiem Kliniki Neonatologii.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Pacjentka została przyjęta na Oddział Intensywnej Terapii w stanie wskazującym na śmierć mózgu. Była w 17. tygodniu ciąży. Kiedy podjęliście decyzję, że chcecie ratować dziecko?

Andrzej Kübler: Mąż pacjentki przekazał nam wcześniej historię choroby. Wiedział, że to jest guz mózgu. Nagle nastąpiło neurologiczne pogorszenie stanu zdrowia kobiety. Straciła przytomność. Została zbadana przez neurochirurgów, zrobiono badania obrazowe, które pokazały, że mózg nie mieści się już w jamie czaszki i doszło do uszkodzenia pnia mózgu (wklinowania). Normalnie u chorego w takim stanie wdramy oficjalną procedurę rozpoznania śmierci mózgu. Czasem podtrzymywanie funkcji narządów przeciągane jest w czasie, jeśli transplantolodzy uważają, że można pobrać narządy do przeszczepu, po rozpoznaniu śmierci mózgu.

Prowadzę wykłady dla studentów i lekarzy na temat śmierci mózgu i towarzyszących temu zjawisk. Jednym z takich zjawisk, które jest trudne do wytłumaczenia i akceptacji, jest ciąża z objawami śmierci mózgu. To burzy nasze tradycyjne rozumienie śmierci. W tym przypadku pacjentka była w 17. tygodniu ciąży. Dlatego zdecydowaliśmy, że nie będziemy powoływać komisji i orzekać śmierci mózgu. Spotkałem się z szefem ginekologii i położnictwa prof. Zimmerem i szefową neonatologii prof. Królak-Olejnik. Uzgodniliśmy, jakie mamy szanse, jakie warunki stwarzamy; określiliśmy ryzyko, które podejmujemy. Rozmawialiśmy również z mężem pacjentki. Początkowo był zdezorientowany, pytał o stan zdrowia żony, chciał być pewien, że nie ma szans na jej uratowanie. Prosił nas, aby ratować dziecko.

Podjęliśmy decyzję, chcieliśmy ratować dziecko. Znałem takie przypadki z piśmiennictwa. Opisywano dłuższe podtrzymywanie funkcji życiowych, aby utrzymać płód do bezpiecznego okresu ok. 30 tygodnia ciąży, kiedy to płód dojrzewa i są większe szanse na przeżycie. Poza tym chora traktowana była jak pacjentka intensywnej terapii. Nie podejmowaliśmy dalszych prawnych działań w kierunku określenia śmierci mózgu. Opisy podobnych przypadków nie były systematyczne i raczej skrótowe. Często okresy obserwacji były kilkudniowe, brakowało podręcznikowych zasad postępowania.

M.OB.: Czy pracowaliście według jakiegoś planu? Jakie obawy towarzyszyły tym działaniom?

A.K.: Ginekolog i neonatolog obserwowali płód na naszym oddziale. Dla nas to było wyzwanie, nie wiedzieliśmy, co będzie się działo z matką dziecka. Mamy duże doświadczenie i wiemy, jak śmierć mózgu komplikuje pracę narządów, jak to wszystko jest niestabilne. Tym bardziej że kluczową rolę odgrywał w tym przypadku czas potrzebny do utrzymania dziecka i zachowania optymalnych funkcji narządów. Mamy na szczęście takie narzędzia i organizację oddziału, że możemy szybko korygować zaburzenia pracy organizmu. Trzeba było też zwracać uwagę czy te korekty nie działają negatywnie na płód. To wymagało dużej precyzji i nieustannej obserwacji. Oczywiście miałem poważne obawy, ale założyłem, że będziemy walczyć o to dziecko i zrobimy wszystko, co jest możliwe, aby się udało. Nie mieliśmy powodów do nadmiernego optymizmu. We wcześniejszych opisach podobnych przypadków bywało różnie. Początkowo mieliśmy kilka trudnych dni, ze względu na dużą niestabilność krążenia. Pojawił się duży spadek

ciśnienia i zaburzenia pracy serca. Tu znów powołam się na piśmiennictwo, gdzie widać było, że jednak jest jakaś szansa na powodzenie i podtrzymywanie życia.

M.OB.: Co w tym przypadku było ważne w aspekcie medycznym?

A.K.: Istotne w aspekcie medycznym było to, że wcześniej uważano, że jeśli rozpozna się śmierć mózgu po charakterystycznych objawach, to na pewno dojdzie do śmierci całego organizmu, do zatrzymania akcji serca w ciągu kilku dni. Tymczasem zetknęliśmy się z przypadkiem, który stał się dla nas wyzwaniem, skłonił do zrobienia czegoś ponad. Dezintegracja poszczególnych ośrodków w organizmie jest duża, ale postęp w intensywnej terapii pozwala zastąpić pracę mózgu maszynami. W tym przypadku udało się przez 55 dni podtrzymać funkcje życiowe dziecka. Ginekolodzy zaobserwowali u niego niepokojące objawy i zdecydowali się na cięcie cesarskie. Wcześniej prof. Zimmer, odwołując się do piśmiennictwa, poinformował nas, że jeśli coś będzie się działo z płodem do 23. tygodnia, nie możemy nic zrobić. Dlatego od 24. tygodnia życia płodu przygotowani byliśmy do nagłego cięcia cesarskiego nawet na łóżku. Nie udało się utrzymać płodu do 30. ale do 27. tygodnia. Nasi neonatolodzy ratują już takie wcześniaki. Dziecko oddychało przy pomocy respiratora, z zastosowaniem intensywnego leczenia neonatologicznego.

Zabieg wykonano w sali zabiegowej przy Oddziale Intensywnej Terapii, nie na łóżku. Po jego zakończeniu pacjentka wróciła na intensywną terapię. Wówczas podjęliśmy normalną procedurę orzekania śmierci mózgowej. Diagnostykę zaczęliśmy od potwierdzeń i wykluczeń. Potwierdziliśmy, że jest to nieodwracalne uszkodzenie mózgu, wywołane znanym stanem i przyczyną. Wykluczaliśmy, że na stan pacjentki nie mają wpływu leki czy obniżona temperatura. Zrobiliśmy badania odruchów mózgowych, to proste czynności. Pewne badania stosowane w celu rozpoznania śmierci mózgu (angiograficzne i próba bezdechu) mogły być na początku groźne dla płodu, dlatego nie podjąłem tych prób zaraz po przyjęciu na oddział. Trzeba też wspomnieć o dobrej i aktywnej postawie ojca dziecka, który cały czas wykazywał chęć współpracy, doglądał dziecka.

M.OB.: Jakie przemyślenia towarzyszyły Panu w tym konkretnym przypadku?

A.K.: Dla mnie decyzja o ratowaniu dziecka była oczywista, ale musiałem podzielić się swoimi przemyśleniami ze współpracownikami i konsultantami. Zdanie położnika i neonatologa było tu niezwykle ważne. Nie miałem dylematów moralnych. Na co dzień podtrzymujemy funkcje narządów po rozpoznaniu śmierci mózgu w celu ich pobrania, ale czas podtrzymywania ich funkcji jest krótki i koncentrujemy się na wykorzystaniu szansy uratowania innych ludzi poprzez przeszczep. W tym przypadku mogliśmy uratować całego człowieka.

Wiemy już, że mimo śmierci mózgu, narządy mogą pracować za pomocą aparatury podtrzymującej funkcje narządów. I dziecko może być utrzymywane przy życiu. Pacjentce podaje się pożywienie i kontroluje funkcje życiowe. To jest bardzo trudne do akceptacji w naszym tradycyjnym pojęciu śmierci.

Cały czas jest wielu przeciwników koncepcji śmierci mózgu jako takiej. Ci ludzie wywodzą się częściej spoza środowisk lekarskich. Z punktu widzenia medycznego można powiedzieć, że jest to nieodwracalna zmiana. Tak się złożyło, że poprzez metody intensywnej terapii możemy podtrzymywać jakiś czas funkcje życiowe, także bicie serca, mimo śmierci mózgu. Koncepcja śmierci mózgu służy niestosowaniu uporczywej terapii. To zdarzyło się wówczas z postępowaniem w transplantologii.

M.OB.: Czy takie przypadki były opisywane w innych krajach?

A.K.: Tak, ale były różne. Takich przypadków było około 50. Z tego żywych dzieci urodziło się około 20. Były to ciąże w młodym wieku i starsze, przypadki opisane na przestrzeni 30 lat. Czasem dotyczyły młodszych dzieci niż nasz przypadek. Zawsze towarzyszyły temu dyskusje i rozgłos medialny. Ostatnio pomyślnie zakończyło się ratowanie dziecka na Węgrzech, a także w Polsce – w Słupsku.

M.OB.: Czy prowadzone są badania szacunkowe oceniające ryzyko uszkodzenia płodu lub rozwinięcia się choroby u dziecka w takim konkretnym przypadku?

A.K.: Nie ma na ten temat systematycznych badań. Prof. M. Zimmer mówił mi, że teoretycznie można się spodziewać zaburzeń albo powikłań, ponieważ matka może być niedotleniona, występują zaburzenia krążenia. Nikt tego systematycznie nie obserwował. Założyliśmy, że wszystko będzie dobrze. Rozmawialiśmy jednak z ojcem, co będzie, kiedy dziecko urodzi się z niedorozwojem i mimo takiej opcji, potwierdził wolę ratowania malucha. Ojciec wyszedł ze szpitala z wcześniakiem w dobrym stanie. Nie ma sensu zakładać z góry, że dziecko urodzi się z dysfunkcjami czy upośledzeniem mózgowym. Nie mieliśmy żadnych podstaw medycznych do takich przypuszczeń, natomiast u wcześniaków zawsze istnieje ryzyko choroby.

Magdalena Orlicz-Benedycka: Co Pani pomyślała, kiedy poproszono Panią o konsultację neonatologiczną w tym ciekawym przypadku?

Prof. Barbara Królak-Olejnik: Pomyślałam, że nie mamy szans. Prof. Kübler powiedział mi, że znalazł informacje na temat podobnych przypadków, ale nie są to kompletne opisy kliniczne, a raczej krótkie wzmianki w prasie codziennej. Jednak nigdy dziecko nie było tak małe. Siedemnaście tygodni, nie mamy szans – pomyślałam. Zdecydowaliśmy, że w zależności od tego, co powiedzą położnicy, monitorując stan płodu, co powiedzą anestezjologów, monitorując pacjentkę, przyjmujemy wyzwanie. Ustaliliśmy też z prof. Zimmerem, czy i kiedy należy zakończyć ciążę, jeżeli będą do tego wskazania. Zdecydowaliśmy, że cięcie można wykonać nie wcześniej niż po 24. tygodniu. Dziecko w tak wczesnej fazie rozwoju nie ma realnych szans na przeżycie. Wyniki badań epidemiologicznych dotyczących przeżywalności i długofalowej oceny rozwoju noworodków skrajnie niedojrzałych (od 22. do 25. tygodnia ciąży) wskazują, że ryzyko wystąpienia u nich późniejszego uszkodzenia ruchowego i upośledzenia umysłowego jest tym mniejsze, im wyższy wiek ciążowy. Szanse przeżycia i rozwoju noworodków skrajnie niedojrzałych – w zależności od wieku ciążowego poniżej 23. tygodnia ciąży – wynoszą 1-5 proc., 23 0/7 – 23 6/7 – ok. 10 proc., dopiero powyżej 25. tygodnia ciąży wzrastają do 30-50 proc.

M.OB.: Jak prowadzono obserwacje, monitorowanie?

B.KO.: Ginekolodzy w porozumieniu z anestezjologami wykonywali badania USG, zapisy KTG i to oni decydowali, jak postępować dalej. Obserwacje wskazywały na to, że płód rozwija się prawidłowo. Zagrożenie dla życia płodu wystąpiło w 26. tygodniu. Zadawaliśmy sobie pytanie, jak intensywne leczenie matki i jej ciężki stan kliniczny wpłyną na stan noworodka? Dziecko było bardzo niedojrzałym wcześniakiem, urodziło się w 26. tygodniu ciąży z masą ciała 1000 gram, z cechami wcześniactwa z sinicą obwodową, bez napięcia i odruchów, z bradykardią, oceniony na 2/4/5/5 punktów według skali Apgar odpowiednio w 1/3/5/10 minimum życia. Zaintubowany, wentylowany mechanicznie, otrzymał dotchawczo surfaktant, który poprawił wydolność oddechową i zmniejszył zapotrzebowanie na tlen. W leczeniu farmakologicznym zastosowano leki krążeniowe, przeciwkrwotoczne, antybiotykoterapię skojarzoną jako ciągłość leczenia rozpoczętego prenatalnie.

Tak małe dziecko nie mógł być też karmiony wyłącznie dożyłkowo, otrzymywał pełne żywienie pozajelitowe w kroplówkach dożylnych. W połowie 2. miesiąca życia został odłączony od respiratora, oddychał już sam, z niewielkim wspomaganie nieinwazyjnym, a następnie tlenoterapią. Lekarze stopniowo też odstawiali antybiotyki.

Chcemy, by opis tego przypadku znalazł się w czasopiśmie medycznym. Choćby dlatego, że nie dysponowaliśmy pełnymi opisami podobnych przypadków, jedynie wiedzą medyczną dostosowywaną do okoliczności. Zastanawiałam się, jak rodzina da sobie radę, czy jest przygotowana na to, że dziecko jest bardzo małe i będzie wymagało wielospecjalistycznej opieki po wypisie ze szpitala. Tata chłopca zaskoczył nas bardzo pozytywnie. Człowiek, który wszystkie dni, od pierwszego tygodnia życia, poświęcił tylko własnemu synowi. Niemal domowe warunki zapewniały pielęgniarki, które wspierały opiekując się małymi pacjentami, traktując dzieci i ich rodziców jak rodzinę. Ten przypadek pokazał, że niemożliwe stało się możliwe. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której lekarz nie ratuje życia.

Dziękuję za rozmowę.

Na jednej linii z inżynierią

Z laureatem I nagrody w konkursie „Best Young Cardiac Surgeon Award” rozmawia Aleksandra Solarewicz.

– Poprawa wyników leczenia na przestrzeni ostatnich dekad nastąpiła nie dlatego, że staliśmy się jako chirurdzy bardziej sprawni manualnie, ale głównie dlatego, że korzystamy z coraz bardziej zaawansowanych technologii – mówi lekarz medycyny Tomasz Płonek z Kliniki Chirurgii Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. 31-letni naukowiec prowadzi badania nad ryzykiem pęknięcia tętniaka aorty. W kwietniu 2016 roku zdobył I nagrodę w konkursie „Best Young Cardiac Surgeon Award”, organizowanym przez Europejskie Towarzystwo Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej.

Aleksandra Solarewicz: Od początku studiów „okazywał Pan wiele serca” kardiochirurgii? A może planował Pan wybrać inną specjalizację?

Tomasz Płonek: Początkowo nie byłem zdecydowany na konkretną specjalizację. Zawsze wiedziałem jednak, że chcę być chirurgiem. O kardiochirurgii zacząłem myśleć poważnie na piątym roku studiów. Pamiętam, że jako student miałem okazję zobaczyć operację rozwarstwowanego tętniaka aorty wstępującej. Operacja trwała kilkanaście godzin i skończyła się pomyślnie. Byłem tak zafascynowany złożonością tego zabiegu operacyjnego, że zapragnąłem to robić w przyszłości. Ostatecznie wybrałem kardiochirurgię i nie żałuję.

A.S.: Pana nagrodzony projekt: na czym polega?

T.P.: Ostatnie doniesienia naukowe sugerują, że średnica nie jest parametrem, który koreluje z ryzykiem rozwarstwienia tętniaka aorty wstępującej. Konieczne jest zatem opracowanie metody diagnostycznej, która będzie lepiej przewidywać ryzyko pęknięcia i rozwarstwienia aorty. Takim parametrem mogą być naprężenia w ścianie aorty. Nie da się ich zmierzyć nieinwazyjnie in vivo, ale potencjalnie można to zrobić za pomocą tzw. metody elementów skończonych. Metoda elementów skończonych jest wykorzystywana głównie w inżynierii do analiz wytrzymałościowych, np. budynków. Przeprowadziliśmy wspólnie z inżynierami z Politechniki Wrocławskiej analizy, które miały na celu ocenę, które czynniki mają największy wpływ na naprężenia w ścianie aorty wstępującej. Te czynniki to geometria aorty, jej średnica, elastyczność ściany aorty, ciśnienie tętnicze krwi i ruch aorty spowodowany skurczem serca. Okazało się, że najbardziej istotnym czynnikiem wpływającym na naprężenia był ruch aorty spowodowany skurczem serca, a nie średnica naczynia i ciśnienie tętnicze krwi.

A.S.: Do jakiej grupy pacjentów projekt jest skierowany? Jest to grupa osób, u których choroba rozwinęła się w określonym stopniu? Jak może ich Pan wyszukać?

T.P.: Tę technikę chcielibyśmy stosować u pacjentów z umiarkowanym poszerzeniem aorty (około 4-5 cm), którzy formalnie nie kwalifikują się do zabiegu wymiany aorty. Z tej grupy pacjentów moglibyśmy wyselekcjonować osoby z dużymi naprężeniami



Fot. z archiwum USK we Wrocławiu

Tomasz Płonek

Ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w 2010 r. jako najlepszy absolwent. Obecnie odbywa specjalizację z kardiochirurgii w Klinice Chirurgii Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Obszary szczególnego zainteresowania to chirurgia aorty piersiowej oraz zabiegi naprawcze zastawki aortalnej.

w aorcie, i tym samym podwyższonym ryzykiem rozwarstwienia aorty. U tych pacjentów moglibyśmy wcześniej wdrożyć farmakoterapię lub leczenie operacyjne.

A.S.: Jakich warunków Pan potrzebuje, by móc swobodnie kontynuować i wdrażać projekt? Co jest pomocą, a co przeszkodą?

T.P.: Jak to zwykle bywa w badaniach naukowych, główną przeszkodą są pieniądze. Aby wdrożyć wyniki naszych badań do codziennej praktyki klinicznej, konieczne jest stworzenie oprogramowania, które automatycznie oceniałoby naprężenia w ścianie aorty dla konkretnego pacjenta. Stworzenie takiego oprogramowania wymaga ogromnych nakładów pracy, a tym samym jest bardzo kosztowne. Mocną stroną projektu jest grupa inżynierów z Politechniki Wrocławskiej pod kierownictwem prof. Jarosława Filipiaka. Rzadko się zdarza pracować z zespołem tak doświadczonym

w badaniach nad biomechaniką naczyń krwionośnych. Łatwo jest nam znaleźć wspólny język i przez to badania realizowane są szybciej niż zwykle, pomimo skromnych nakładów finansowych.

A.S.: Jeśli wszystko pójdzie dobrze, kiedy możemy spodziewać się wdrożenia projektu w szpitalach?

T.P.: Liczę na to, że nastąpi to za kilka lat. Należy pamiętać, że bez dużych badań klinicznych nie da się w pełni ocenić skuteczności tej techniki diagnostycznej.

A.S.: Medycyna i inżynieria. Jak kardiochirurgia może dzisiaj współpracować z naukami technicznymi?

T.P.: Kardiochirurgia, tak jak i inne specjalizacje medyczne, ściśle współpracuje z naukami technicznymi. Obecnie główne atrybuty fachu lekarskiego stają się przeżytkiem. Korzystamy z USG serca 4D, a nie stetoskopu do oceny ciężkości wady serca. Poprawa wyników leczenia na przestrzeni ostatnich dekad nastąpiła nie dlatego, że staliśmy się jako chirurdzy bardziej sprawni manualnie, ale głównie dlatego, że korzystamy z coraz bardziej zaawansowanych technologii. Współpraca na linii medycyna – inżynieria jest obecnie bardzo rozległa i staje się coraz bardziej ścisła.

A.S.: Jakie znaczenie ma dla Pana nagroda, którą Pan zdobył?

T.P.: Jest to dla mnie po prostu wyróżnienie i wielka radość. Cieszę się, że zostałem doceniony przez znakomitych profesorów kardiochirurgii – liderów naszego Europejskiego Towarzystwa Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej. Daje mi to energię do dalszej pracy nad tym projektem badawczym.

A.S.: Pasjonaci, osoby wybitne w swojej specjalności, pytani o radę dla młodszych kolegów, często zaczynają od westchnienia: „Praca piękna, ale niewdzięczna, więc...”. A co by doradzał Pan?

T.P.: Praca niewdzięczna, ale piękna. A tak na serio, to radziłbym, aby wybierali specjalizacje, które są jednocześnie ich pasją. Takie, aby pomimo trudności i niepowodzeń, dalej chcieli rano wstać do pracy i walczyć o to, żeby być coraz lepszymi w tym, co robią. W medycynie przekłada się to bezpośrednio na dobro pacjentów.

Z prof. dr. hab. Markiem Bębenkiem, kierownikiem Oddziału Chirurgii Onkologicznej I w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu rozmawia Magdalena Orlicz-Benedycka.

Prof. dr. hab. Marek Bębenek
Kierownik Oddziału Chirurgii
Onkologicznej I w Dolnośląskim Centrum
Onkologii we Wrocławiu



Fot. z archiwum DCO

NOWATORSKA METODA OPERACJI W DCO

Magdalena Orlicz-Benedycka: Dobry efekt terapeutyczny, mniej powikłań i większy komfort życia dla pacjenta, czyli „taTME”. O nowej metodzie, której uczy się Pana zespół, i o pacjencie, u którego z sukcesem ją zastosowano, pisano już wiele. Z medycznego punktu widzenia to prawdziwy przełom?

Prof. Marek Bębenek: Nowa metoda „taTME” to przezzwieraczowe, całkowite wycięcie odbytnicy wraz z jej kreską, czyli torebką tłuszczową otaczającą narząd. Pierwsze zabiegi wykonał w 2009 r. w Barcelonie prof. Antonio Lacy z zespołem. Metoda polega na zupełnie innym podejściu chirurgicznym. Dzięki dwóm dostępom laparoskopowym całość operacji odbywa się od strony brzucha i przez odbyt. Polega na wycięciu nowotworów odbytnicy, usytuowanych bardzo nisko, z zachowaniem czystych granic onkologicznych. Wszystko odbywa się pod kontrolą wzroku, i pozwala na zachowanie funkcji zwieraczy odbytu. Okres zdrowienia pacjenta jest zdecydowanie krótszy. Grupa osób leczonych tą metodą na świecie nie jest jeszcze duża. Prof. Lacy z Barcelony przeprowadził ok. 230 takich operacji, a badania potwierdzają bezpieczeństwo i skuteczność metody „taTME”.

Pierwsza operacja tą metodą była wykonywana we Wrocławiu przez dwa zespoły lekarzy, chirurgów z Włoch (prof. Andrea Muratore z Turynu i dr. A. Failla) oraz chirurgów z DCO. Metoda „taTME” wymaga bardzo dużego doświadczenia, dobrej znajomości anatomii i wielu ćwiczeń. W bardzo ciasnej przestrzeni miednicy małej znajdują się różnego rodzaju struktury, naczynia tętnicze i żyłne, moczowód, nerwy współczulne, podbrzuszne. Operujący chirurg musi mieć bardzo dużą biegłość w posługiwaniu się oprzyrządowaniem.

W latach 80. opracowano w Niemczech metodę „TEM” (Transanal Endoscopic Microsurgery), umożliwiającą operowanie niewielkich guzów odbytu nisko położonych. Metoda „taTME” jest zabiegiem hybrydowym, łączącym podstawy „TEM” i „TME”, czyli dostępu przezodbytowego i operacji od strony brzucha z całkowitym usunięciem kreszki odbytnicy.

M.OB.: Jakie są możliwości i szanse zastosowania takich zabiegów w naszych realiach?

M.B.: Wprowadzając nową metodę zabiegową, nie powinno się mówić o kosztach, które w takim przypadku zawsze są trochę wyższe. My lekarze powinniśmy

myśleć o korzyściach, które osiąga pacjent. Posiadamy całą aparaturę niezbędną do wykonywania takich operacji i odpowiednio wyposażone sale operacyjne. Największą przeszkodą przy wprowadzaniu nowych technologii jest bariera psychologiczna. Czasami trzeba się przełamać, aby to robić. Metoda jest nieco droższa, ponieważ operują dwa zespoły, mamy dwie kolumny laparoskopowe, jest większe zużycie sprzętu, który jest jedno-razowy. Ale bez nakładów finansowych nie uczynimy postępu. Koszty są o połowę wyższe od normalnej procedury. Jeśli leczy się człowieka i przystępuje do jakiejś procedury, konieczne jest zapewnienie wszystkiego co potrzebne. Pomińcie jakiegoś elementu może zakończyć się dla pacjenta katastrofą.

M.OB.: Czy jest już opracowany system szkolenia tą metodą? Jak odbywało się szkolenie za pierwszym razem, w waszym przypadku?

M.B.: Odbiliśmy najpierw szkolenie u prof. Lacy'ego w Barcelonie, następnie na nasze zaproszenie przyjechał z Turynu prof. Andrea Muratore, który pomógł nam w pierwszej procedurze. Dysponujemy odpowiednim sprzętem, pod tym kątem jesteśmy przygotowani do wprowadzania metody, ale musimy jeszcze trochę poćwiczyć. Powoli przygotowujemy się do tej procedury, aby wykonywać ją samodzielnie. Jednocześnie prof. Muratore z Turynu bardzo się stara i chce, aby współpraca się rozwijała. Nasze szpitale będą współpracować. Jesteśmy na etapie podpisywania listów intencyjnych o wzajemnej współpracy. Jeszcze w tym roku wybierzemy się do Turynu na szkolenie i dopracowanie szczegółów. To jest odpowiednie oprzyrządowanie, praca instrumentariuszek, odpowiednie znieczulenie, ułożenie pacjenta. Zabieg, który odbył się we Wrocławiu, miał charakter szkoleniowy. Do końca roku zamierzam wykonać kilka takich procedur. Jeśli nie będę miał pewności, że w 100 procentach zapewniamy bezpieczeństwo pacjentowi, zabiegu nie zrobię.

M.OB.: Pacjenci zyskali wiele. Jak doszło do współpracy, i jak wygląda ona obecnie?

M.B.: Dowiedziałem się, że jest taka metoda. Szukaliśmy firm, które mogłyby nam w tym pomóc. Jedna z firm produkujących sprzęt zaproponowała rozwiązanie. Zaaranżowano ćwiczenia w Barcelonie u prof. Lacy'ego, a potem dostaliśmy kontakt do kolegów z Włoch. Korespondowaliśmy ze sobą, aż wreszcie uzgodniliśmy termin ich przyjazdu do Wrocławia. Przesłaliśmy też listę i opis poszczególnych przypadków, głównie wyniki badań obrazowych. Wskazano nam, kogo można operować tą metodą. Musieliśmy omówić każdy aspekt zabiegu. W naszych warunkach jest to metoda zarezerwowana dla osób z niskim rakiem odbytnicy. Normalnie musielibyśmy usunąć zwieracze i założyć permanentną kolostomię.

Wracając do tematu naszej współpracy; codziennie korespondujemy, wymieniamy doświadczenia, rozmawiamy o pacjencie, który czuje się bardzo dobrze. Nie ma powikłań. Wynik histopatologiczny był dobry. List intencyjny, który podpisujemy, został też sygnowany przez dyrektora DCO. W liście wyrażamy chęć szerszej współpracy klinicznej, nie tylko w ramach chirurgii onkologicznej, ale też radioterapii oraz na polu badań naukowych.

M.OB.: Kto będzie finansował nową metodę?

M.B.: Będzie ona finansowana ze środków NFZ. Będzie rozliczana jako amputacja przednia odbytnicy lub brzuszno-krzyżowa. Wszystkie procedury w chirurgii onkologicznej są niedoszacowane, czyli koszt leczenia jest wyższy niż wycenia je NFZ. Można mówić o pewnym paradoksie związanym z naszą pracą. Im więcej pracują chirurdzy onkologiczni, tym większe przynoszą straty. Aby nie być deficytowym, najprościej byłoby zamknąć oddział. A to jest niemożliwe. Jako szef Oddziału Chirurgii Onkologicznej I muszę myśleć o bilansowaniu i kosztach. Jednak

najważniejszym wyznacznikiem naszej pracy powinien być zawsze pacjent, i na tym będziemy się skupiać. Natomiast mamy polityków, którzy powinni ten paradoks przeanalizować, zwłaszcza w aspekcie nakładów finansowych. W leczeniu nowotworów powinna nastąpić daleko idąca centralizacja. Nowotwory nie powinny być leczone chirurgicznie w szpitalach powiatowych, ponieważ nie ma tam odpowiedniego zaplecza. Nie ma też odpowiedniego doświadczenia klinicznego ani wielodyscyplinarnych zespołów. Nowotwory powinny być leczone w regionalnych centrach onkologii, gdzie mamy odpowiednio wykształconą kadrę, dostęp do wiedzy i odpowiednie wyposażenie. Dlaczego? Prowadzę obecnie badania nad wynikami leczenia poszczególnych nowotworów w naszym ośrodku i w innych szpitalach, które nie są centrami onkologicznymi. Okazuje się, że różnica w przeżywalności pacjentów z nowotworem, w najbardziej zaawansowanym stadium na przestrzeni 5 lat, może sięgać nawet 20 proc. Inaczej mówiąc, w mieście oddalonym o 100 km od Wrocławia, w raku odbytnicy, na 100 osób operowanych, 20 osób niepotrzebnie przedwcześnie umiera.

W Polsce we wszystkich statystykach badających „przeżycia pięcioletnie” w poszczególnych nowotworach znajdujemy się w ogonie Europy. Natomiast nasze centrum onkologiczne jest w średniej europejskiej, ponieważ zachowujemy standardy terapeutyczne. Reasumując, im dalej od centrum onkologii, tym wyniki leczenia mierzone „5-letnimi przeżyciami” chorych są gorsze.

M.OB.: Operowanie nowotworów jelita i odbytu interesują Pana szczególnie...

M.B.: Tak, to jest mi szczególnie bliskie. Sam opracowałem nawet metodę terapeutyczną, która jest stosowana w Polsce i w innych krajach, w rozległych operacjach, bardzo nisko położonych nowotworów, gdzie jednocześnie trzeba usunąć zwieracze, a guz jest spory. Po to, aby osiągnąć czyste marginesy chirurgiczne, trzeba wyciąć całkowicie nowotwór, trzeba wykonać dużą operację z wycięciem kości guzicznej, czasem części kości krzyżowej. Jest to tzw. brzuszno-krzyżowa amputacja, która ma uzasadnienie w nisko położonych, zaawansowanych guzach. Jest to nasze oryginalne opracowanie o nazwie „ASAR” (Abdominosacral Amputation of the Rectum). Jest to zmodyfikowana stara metoda operacyjna. Pacjent podczas drugiego etapu zabiegu, po zakończeniu operacji od strony brzucha, jest odwracany do pozycji na brzuchu, z uniesioną miednicą. To umożliwia lepszy dostęp operacyjny i wszystko jest pod kontrolą wzroku.

M.OB.: Z jakimi problemami zмага się Pan na co dzień?

M.B.: Po zmianie zarządu szpitala nastąpił bardzo dynamiczny rozwój ośrodka. Rozwijamy chirurgię, radioterapię i pozostałe dyscypliny onkologiczne. Pracujemy w zespołach wielodyscyplinarnych. Wyodrębniła się nowa jednostka onkologiczna, zajmująca się leczeniem tylko raka piersi tzw. Breast Unit, w którym pracują specjaliści skupiający swoje zainteresowania tylko na tej jednostce chorobowej. Praktycznie istnieje już kolejna podjednostka zajmująca się leczeniem nowotworów jelita grubego – tzw. Colorectal Unit. Mimo niskiego finansowania jakoś sobie radzimy. Konieczne jest jednak wzmożenie wysiłków zmierzających do poprawy sytuacji chorych na nowotwory w naszym regionie. Mam nadzieję, że i władze naszego kraju dostrzegą potrzebę zmian systemowych w sposobie zarządzania i finansowania usług zdrowotnych. Dzięki naszym staraniom wkrótce ruszy budowa nowego Dolnośląskiego Centrum Onkologii, ponieważ obecna siedziba liczy grubo ponad sto lat i nie nadaje się do dalszych modernizacji.

Dziękuję za rozmowę.

Dwa dni obrad, dwa nurty problemowe: etyka i kształcenie



Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy

Dr n. med. Maciej Hamankiewicz podsumował działalność NRL od czasu poprzedniego zjazdu.

Fot. Marta Jakubiak/NIL



Przewodniczącym XIII NKZL został prof. Romuald Krajewski (z mikrofonem). Wśród jego zastępców znalazł się dr hab. n. med. Andrzej Wojnar, przewodniczący Komisji Etyki NRL i przewodniczący Komisji Kształcenia DRL (w środku).



36 osób reprezentowało Dolnośląską Izbę Lekarską na XIII NKZL. Słuchali i zabierali głos.

Interdyscyplinarny zespół ekspertów dokona całościowej oceny przepisów Kodeksu etyki lekarskiej pod kątem ich ewentualnej nowelizacji – tak zdecydował Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy, który w dniach 13-14 maja obradował w Warszawie. Blisko 400 delegatów z całej Polski przyjęło uchwałę w tej sprawie. W kontekście etyki zawodowej, stanowiącej – obok zmian w obszarze kształcenia – oś dyskusji zjazdowej, równie ważne było przyjęcie apelu do rektorów uczelni medycznych ws. stosowania tekstu **Przrzeczenia lekarskiego tożsamego z zawartym w preambule KEL**. Delegaci, reprezentujący ponad 180-tysięczne grono lekarzy i lekarzy dentyków, oczekują m.in.: zmiany zasad szkolenia specjalizacyjnego, przywrócenia jawności pytań i odpowiedzi z LEK/LDEK i PES, przekazania NIL zadań z zakresu kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków, zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, ustalenia wysokości minimalnego wynagrodzenia medyków oraz radykalnego uproszczenia systemu wystawiania e-zwolnień. Ich postulaty znalazły odzwierciedlenie w 2 podjętych stanowiskach i 19 apelach.

Czy środowisko lekarskie doczeka się postulowanych od lat zmian w systemie służby zdrowia? Delegaci mieli okazję skonfrontować swoje oczekiwania z założeniami polityki ministerialnej, bo w obradach wziął udział dr n. med. Konstanty Radziwiłł. Niedawny działacz NRL, a obecnie szef resortu zdrowia, mówił m.in. o powołanym zespole ds. zmian systemowych. – Chcemy stworzyć system obywatelski. Mamy 2,5 mln osób nieuprawnionych do świadczeń, z czego 500 tys. doświadczyło tego faktu w ubiegłym roku. Ta sytuacja jest niezgodna z Konstytucją, niesolidarna i nieopłacalna dla państwa – podkreślał minister. Zaznaczył też, że MZ i wojewodowie będą mieli kontrolę nad finansami przeznaczonymi na służbę zdrowia, że o 18 proc. wzrosła ilość miejsc na polskojęzyczne studia medyczne, a na rozwój centrów symulacji medycznej położony zostanie nacisk większy niż dotychczas. Minister Radziwiłł ma nadzieję, że do końca roku uda się zreformować system specjalizacyjny. – Fenomenalne osiągnięcia medycyny, świetny personel, a z drugiej strony fatalna organizacja, niekończące się kolejki, brak poczucia bezpieczeństwa. To skutek uznania, że nie państwo, a rynek i pieniądze mają regulować system ochrony zdrowia. Zagubiliśmy się w takim myśleniu. Trzeba przejść z realizowania zysku na rzecz realizowania misji. Tu nie chodzi o wracanie do PRL-u, wzorujemy się na krajach Europy Zachodniej. Tam systemy służby zdrowia są chronione przed rynkiem, medycyna prywatna jest na marginesie i zwykle poza publicznym systemem – wyjaśniał. Szef resortu zdrowia zapowiedział, że obowiązku komercjalizacji SPZOZ-ów nie będzie, a jednostki samorządowe będą mogły zakupić świadczenia zdrowotne dla obywateli. Odświeżeniu poddany zostanie koszyk świadczeń gwarantowanych, zmienią się również wyceny świadczeń stomatologicznych, powstaną – w kontekście map potrzeb zdrowotnych – Instrumenty Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Służbie Zdrowia (IOWISZ). – Środki finansowe, polskie i europejskie, trafią do tych, którzy pozytywnie przejdą tę ocenę – mówił Konstanty Radziwiłł. Potwierdził też informacje dotyczące bezpłatnego leczenia wszystkich pacjentów u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Prawdopodobnie w NIL zbierane będą uaktualnione standardy medyczne postępowania medycznego, bo tworzenie takowych – zdaniem szefa resortu zdrowia – to zadanie dla środowiska lekarskiego. Do słów ministra Radziwiłła odniósł się m.in. Zdzisław Szramik. – W Pana wystąpieniu zabrakło konkretów. Trzeba odkłamać system, będziemy Pana wspierać, ale proszę pamiętać, o co walczymy – stwierdził wiceprezes OZZL. Na zjawisko nadkonsumpcji świadczeń zwróciła z kolei uwagę prezes PPOZ Bożena Janicka.

Z uczestnictwem przedstawicieli władz państwowych w krajowych zjazdach lekarzy na przestrzeni lat bywało różnie. Tym bardziej cieszy fakt, że poza ministrem Radziwiłłem w zjeździe wzięli udział: prof. Marian Zembala, doradca marszałka sejmu Andrzej Klarkowski, przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia Waldemar Kraska oraz reprezentantka Rzecznika Praw Obywatelskich Katarzyna Łagoda. Wśród zaproszonych gości znaleźli się również: członek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Grażyna Sygitowicz, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych Mariusz Klencik, członek Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Zdzisław Szramik, prezes Porozumienia Zielonogórskiego Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka. List do delegatów XIII NKZL wystosowali ponadto prezydent RP Andrzej Duda i premier Beata Szydło.

Przyczynkiem do podjęcia dyskusji na temat ewentualnej nowelizacji Kodeksu etyki lekarskiej było orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego dotyczące klauzuli sumienia. Przypomnijmy, że 7 października ubiegłego roku NRL wygrała zainicjowaną przez siebie sprawę przed TK. Trybunał stwierdził, że lekarz ma prawo skorzystać z klauzuli sumienia i odmówić wykonania świadczenia. Nie ma przy tym obowiązku wskazywać innego lekarza, u którego dana procedura zostanie zrealizowana.

– Możemy być dumni z tego wyroku – konkludował prezes NRL dr n. med. Maciej Hamankiewicz. Przyjęta przez zjazd uchwała ws. powołania zespołu ekspertów, który zajmie się KEL, jest tożsama ze stanowiskiem Komisji Etyki NRL. Jej przewodniczącą dr hab. n. med. Andrzej Wojnar podkreślał w trakcie obrad, że eksperci pochylią się nad trzema zasadniczymi kwestiami. Po pierwsze, czy i w jakim zakresie zmienić KEL, po drugie, czy ma on pozostać zbiorem 78 artykułów, czy może zminimalizować go do kilku, wzorem innych krajów, po trzecie, czy zastąpić tekst przysięgi lekarskiej tłumaczeniem Deklaracji Genewskiej.

Wprowadzie etyka lekarska i kształcenie stanowiły dwa główne nurty problemowe XIII NKZL, ale nie tylko tymi zagadnieniami zajęli się delegaci. Zjazd wystosował apel do prezydenta Andrzeja Dudy i posłów o niezwłoczne podjęcie inicjatywy ustawodawczej mającej na celu zmianę Ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego, likwidującej wykluczenie reprezentacji lekarzy i lekarzy dentystów z dialogu społecznego. „Przepisy tej ustawy powodują niedopuszczalne wykluczenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – jedyne go związku zawodowego reprezentatywnego w Polsce dla zawodu lekarza i lekarza dentysty – z prawa do reprezentowania lekarzy i dentystów w Radzie Dialogu Społecznego, w tym w szczególności z prawa do przedstawiania z głosem stanowiącym stanowiska

”
Chcemy stworzyć system obywatelski. Mamy 2,5 mln osób nieuprawnionych do świadczeń, z czego 500 tys. doświadczyło tego faktu w ubiegłym roku. Ta sytuacja jest niezgodna z konstytucją, niesolidarna i nieopłacalna dla państwa – podkreślał minister Radziwiłł.

w sprawach dotyczących warunków pracy i płacy tych grup zawodowych” – oceniono. Zjazd zaapelował także do premier B. Szydło o „utrzymanie prawa podmiotów prywatnych do ubiegania się na równych prawach z podmiotami publicznymi o środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz o zachowanie konkurencyjności polegającej na możliwości wyboru podmiotu leczniczego przez pacjentów”. Do ministra zdrowia delegaci zwrócili się natomiast z apelem o ograniczenie reklamy leków i suplementów diety w środkach masowego przekazu oraz umożliwienie zaliczenia do kosztów uzyskania przychodów wydatków poniesionych przez lekarza na doskonalenie zawodowe.

Zmian parytetu w głosowaniach, autonomii wyborczej i organizacyjnej domagała się część środowiska stomatologicznego. Wniosek do NRL i zjazdu o podjęcie apelu w tej sprawie skierował Andrzej Cisko, przewodniczący Komisji Stomatologicznej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Przedstawiciele izb lekarskich większością głosów odrzucili jednak propozycję zmian zwiększających wpływ lekarzy dentystów na to, kto będzie ich reprezentował w organach wybieranych przez delegatów podczas zjazdu lekarzy.

Oficjalną część zjazdu poprzedziła uroczystość wręczenia odznaczeń państwowych i „Meritus pro Medicis”. Wyróżnienie otrzymał m.in. minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. W trakcie XIII NKZL wręczono nagrody także lekarzom sportowcom. Merytorycznie wzbogacił spotkanie lekarzy wykład prof. Agnieszki Nogal pt. „Bioetyka i biopolityka”.

Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy – reminiscencje

Tekst Małgorzata Nakraszewicz



Fot. z archiwum „Medium”

Przed zjazdem wiele mówiliśmy wszyscy o wzajemnym szacunku i wspólnej izbie, a po zjeździe przerzucamy się wierszykami o Pawle i Gawle, wieszczymy „rozwód”, oczerniamy się w kularach, węsząc podstęp i nieszczerłość, zamiast wspólnie poszukiwać rozwiązania. Smutne... Zaklinanie rzeczywistości i kurczowe trzymanie się własnego punktu widzenia nie sprawią, że problem zniknie. Należy się zastanowić, w jaki sposób realizowany jest atrybut samorządności wobec obu zawodów w jednej izbie. I może właśnie z tej oceny wyłoni się rozwiązanie. Przecież wiemy, że różnorodność ubogaca, a nie dzieli... To, czy będziemy razem we wspólnej izbie, zależy tylko od nas. Liczy się to, co zrobimy teraz i wspólnie...

Liczy się to, co zrobimy teraz i wspólnie...

Wiosną tego roku Naczelna Komisja Stomatologiczna (NKS) powołała zespół regulaminowy, którego przewodniczącym został kol. Rafał Kielkowski ze Śląskiej Izby Lekarskiej. W jego skład wchodzi lekarze dentyści z różnych izb, w tym ja. Zespół zajmował się regulaminem wyborczym w części dotyczącej wyboru lekarzy dentyistów na stanowiska im dedykowane, w aspekcie rzeczywistej reprezentacji środowiska.

Aktualnie obowiązujący regulamin skutkuje tym, że o wyborze lekarzy dentyistów decydują lekarze medycyny ogólnej. Wynika to z faktu, że lekarze dentyści stanowią 22 proc. ogółu, i tym samym nie są w stanie sami decydować o wyborze swoich przedstawicieli, w szczególności do rad okręgowych i na delegatów na krajowy zjazd.

Konsekwencją działań NKS było wystąpienie wiceprezes DRL, przewodniczącej Komisji Stomatologicznej lek. dent. Alicji Marczyk-Felby, 14 kwietnia 2016 roku, do Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z prośbą, aby zajęła się propozycją podjęcia w trakcie XXXV Zjazdu Delegatów DIL stanowiska lub apelu, skierowanego do NRL oraz Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, w którym po pierwsze zostanie wyraźnie wskazane, że opowiadamy się za wspólnym samorządem zawodowym lekarzy i lekarzy dentyistów oraz, że widzimy potrzebę podjęcia działań przez NRL i krajowy zjazd, mających na celu zmianę Regulaminu wyborczego, tak aby zapewnić realny wpływ lekarzy dentyistów na wybory ich dotyczące, w zakresie pieczy i reprezentacji przy poszanowaniu odrębności obu zawodów.

Wynikiem dyskusji było wypracowanie dwóch projektów: stanowiska XXXV Zjazdu Delegatów DIL w sprawie dalszego istnienia wspólnego samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów oraz apelu XXXV Zjazdu Delegatów DIL skierowanego do NRL i Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy o podjęcie działań mających na celu nowelizację Regulaminu wyborczego izb lekarskich, zgodnie z obecnymi realiami. Oba przygotowane projekty zostały przyjęte przez XXXV Zjazd Delegatów DIL jako stanowisko nr 1/2016 oraz apel nr 2/2016. W takim kształcie prezentowaliśmy je na posiedzeniu Naczelnej Komisji Stomatologicznej.

Na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy z wnioskiem o wprowadzenie poprawki do procedowanej zmiany Regulaminu wyborczego izb lekarskich zgłosił lek. dent. Andrzej Cisko. Poprawka polegała na wprowadzeniu odrębnego głosowania dla lekarzy i lekarzy dentyistów w wyborach: członków okręgowych rad lekarskich oraz Naczelnej Rady Lekarskiej; członków okręgowych sądów lekarskich i Naczelnego Sądu Lekarskiego; zastępców okręgowego rzecznika i Naczelnego Rzecznika; delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy; członków okręgowych komisji wyborczych oraz Krajowej Komisji Wyborczej.

Ponadto, ze względu na znacznie mniejszą liczbę lekarzy dentyistów w ramach wspólnego samorządu zaproponowano, aby liczbę głosów oddanych przez lekarzy dentyistów na lekarzy dentyistów mnożyć przez 4, ale tylko w wyborach na stanowiska dedykowane lekarzom dentyistom. Propozycja ta była niejako propozycją rozwiązania matematycznego, dzięki któremu lekarze dentyści mieliby rzeczywisty wpływ na obsadę tychże stanowisk. Rozwiązanie to było obarczone błędem prawnym, ponieważ dotyczyło hipotetycznej sytuacji zniesienia zasady równości głosów, ww. wyborach, w bliżej nieokreślonej przyszłości, stąd nie mogło zostać przyjęte. W tej sytuacji kolega A. Cisko zgłosił projekt, z treści którego wynikało, że tą trudną materią winni się zająć rządzący. Projekt zakładał zwrócenie się do premiera i ministra zdrowia ws. wprowadzenia zmian w ustawie o izbach lekarskich zapewniających lekarzom dentyistom realny wpływ na wybory ich dotyczące. Zaproponowana poprawka została jednak odrzucona przez Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy.

Ponadto, 10 maja 2016 roku Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do ministra zdrowia z prośbą o dokonanie przeglądu sposobu realizowania w obecnym stanie prawnym przez samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów zadań określonych konstytucyjnie, w szczególności w zakresie, w jakim dotyczą one praw lekarzy dentyistów do należytego reprezentowania ich interesów na zewnątrz. W ocenie Rzecznika Praw Obywatelskich istnieje możliwość ustanowienia wspólnego samorządu dwóch pokrewnych zawodów, ale należy zadbać o to, aby prawa grupy zawodowej stanowiącej mniejszość były w tej strukturze respektowane i należycie chronione. Teraz jest to już w kompetencji ministra zdrowia.

Podczas wykładu inauguracyjnego zjazdu usłyszeliśmy m.in., że dialog możemy prowadzić, przejawiając różnice lub szukając tego, co nas łączy, niszczyć wartości lub je budować. Również dlatego nie będę się odnosić do kularowych rozmów, emocji im towarzyszących, twierdzeń sprowadzających sprawę do problemu personalnego. Przedstawiłam jedynie fakty.

Przed zjazdem wiele mówiliśmy wszyscy o wzajemnym szacunku i wspólnej izbie, a po zjeździe przerzucamy się wierszykami o Pawle i Gawle, wieszczymy „rozwód”, oczerniamy się w kularach, węsząc podstęp i nieszczerłość, zamiast wspólnie poszukiwać rozwiązania. Smutne... Zaklinanie rzeczywistości i kurczowe trzymanie się własnego punktu widzenia nie sprawią, że problem zniknie. Należy się zastanowić, w jaki sposób realizowany jest atrybut samorządności wobec obu zawodów w jednej izbie. I może właśnie z tej oceny wyłoni się rozwiązanie. Przecież wiemy, że różnorodność ubogaca, a nie dzieli... To, czy będziemy razem we wspólnej izbie, zależy tylko od nas. Liczy się to, co zrobimy teraz i wspólnie...

SOS dla AOS na Dobrzyńskiej

1 lipca 2016 r. do odwołania, za zgodą NFZ, nieczynna będzie Poradnia Endokrynologiczna dla Dorosłych i Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci przy Centrum Medycznym „Dobrzyńska”. Dyrekcja największej poradni, która obsługuje około 30 proc. pacjentów z Dolnego Śląska, 31 maja wypowiedziała NFZ umowy w zakresie opieki ambulatoryjnej. – Nie możemy finansować Funduszu – mówi dyrektor lek. Maciej Sokołowski – Ale mamy propozycję, jak skrócić kolejki we współpracy z POZ. Zamienmy się pacjentami. Niedawno drzwi przed pacjentami musiały zamknąć dwie inne wrocławskie poradnie endokrynologiczne, a z końcem czerwca swoją działalność zakończy także poradnia na Borowskiej.

Tekst Aleksandra Solarewicz

Został jeszcze miesiąc. Na skwerze i w korytarzach Centrum przynębieni pacjenci. Na piątym piętrze konferencja prasowa. Dyrektor przedstawia konkretne pomysły na ograniczenie kolejek do wybranych poradni AOS na przykładzie endokrynologii. Pacjenci nie wyobrażają sobie leczenia bez „Dobrzyńskiej”.

Pieniądze, specjaliści, choroby przewlekłe

Według danych pochodzących od krajowego konsultanta ds. endokrynologii popularna „Dobrzyńska” jest największą poradnią endokrynologiczną w Polsce. W 2015 r. przyjęła 6 638 osób, którym lekarze udzielili 16 935 porad. Jednocześnie jest najgorzej opłacana i koszty jej działalności zdecydowanie przewyższają kwoty płacone przez DOW NFZ. W Dolnośląskim cena punktu wynosi 9,20 zł, podczas gdy koszt to 10,51 zł (w Mazowieckiem i Pomorskiem cena punktu to 11 zł). A skąd wziąć pieniądze dla pracowników? Na inwestycje, na wymianę 20-letniego aparatu RTG? „Dobrzyńska” pracuje cały czas na podstawie umowy zawartej w 2009 roku. Już wiadomo, że możliwości negocjowania wysokości ceny świadczeń z NFZ nie ma. – Lekarze specjaliści uciekają do gabinetów prywatnych. Tam zamiast ok. 40 zł, które ja im mogę zaoferować, za wizytę kontrolną dostają 150 zł – potwierdza dyrektor i dodaje: – Najgorzej jest w zakładach, gdzie leczeni są chorzy przewlekłe, i tam tworzą się gigantyczne kolejki. Tak jest u nas, na endokrynologii.

Trzy pomysły na trzy problemy

Po wielu latach obserwacji i doświadczeń „Dobrzyńska” opracowała plan poprawy sytuacji. Zdaniem dyrekcji, należy opracować i wdrożyć w endokrynologii:

1. kryteria medyczne uzasadniające przyjęcie pacjenta w trybie pilnym. „Dobrzyńska” wdrożyła je w 2015 r. (oczywiście za zgodą konsultanta wojewódzkiego), bo pacjenci nie przekazywali wyników badań uzasadniających postawienie rozpoznania będącego podstawą skierowania, poza tym uzasadnienia pilnego przyjęcia nie miały jasnego uzasadnienia medycznego. Teraz pacjent wypełnia wniosek i dołącza wyniki badań, a lekarz podejmuje decyzję o ewentualnej zmianie kategorii.
2. kryteria medyczne uzasadniające wypisanie pacjenta pod wyłączną opiekę lekarza POZ. Warunkiem jest płaconie lekarzom w pierwszym roku 100 zł premii za wypisanie pacjenta

do POZ oraz wzrost wyceny punktu do 15 zł w kolejnym roku (bez wzrostu kontraktu). Ten punkt jest trudny do realizacji, ze względu na nastawienie samych pacjentów, jak i fakt, że stabilnego pacjenta trudniej wypisać i łatwiej leczyć. Potrzebna będzie akcja medialna.

3. zalecenia dotyczące leczenia chorób tarczycy w POZ. Dotyczą one leczenia w POZ pacjentów przekazanych przez specjalistę, i to do pacjentów mają być przede wszystkim adresowane. Powinni być oni dobrze poinformowani, być pewni, że są w dobrych rękach, a w razie pogorszenia stanu zdrowia mogą szybko trafić do specjalisty. Nastawienie samego pacjenta do koniecznych zmian jest sprawą delikatną.

„Zamienmy się pacjentami!”

Według rozporządzenia ministra zdrowia (26.09.2005 r.) wyróżnia się następujące kategorie przypadków medycznych: nagłe, pilne, stabilne oraz w trakcie diagnostyki i leczenia. W tej chwili pierwszeństwo w kolejce do specjalisty mają pacjenci... zdiagnozowani, w trakcie leczenia, no i kolejka rośnie w nieskończoność. – My uważamy – tłumaczy dyrektor Sokołowski – że specjaliści powinni zajmować się pacjentami, którzy jeszcze nie są zdiagnozowani. Pacjenci „stabilni”, którzy chorują przewlekłe, powinni trafiać pod opiekę lekarzy POZ. Zastanawia się chwilę – tutaj ważne jest też zrozumienie ze strony chorych. Oni często rozumują, że wypis do POZ to nieformalna propozycja: „Jak państwu tak zależy, to proszę przyjść do mnie prywatnie”. A my przecież zabiegamy o ich bezpieczeństwo i komfort.

Dzisiaj rano był tu Sajgon

Konferencja kończy się. Dyrektor Sokołowski, otoczony dziennikarzami, odpowiada na liczne pytania. Spokojnie i rzeczowo wyjaśnia, że spodziewa się nowego konkursu ofert, w pierwszej dekadzie czerwca, i ma nadzieję na wznowienie pracy. Ostatnio we Wrocławiu zamknęły się dwie poradnie endokrynologiczne, a „Borowska” pracuje do końca czerwca. – Tutaj dzisiaj rano w poczekalni był Sajgon – kiwają głowami pacjentki. – Bratowa tak ciężko chora – mówi starsza pani – a dzisiaj powiedziała: „Ty już mnie lepiej tutaj nie odwiedzaj. Po co? Ja już nie będę miała, gdzie się leczyć. Ty lepiej idź i krzycz głośno” – kobieta zastanawia się chwilę: – „Mam iść i krzyczeć, ale do kogo???”



Lek. Maciej Sokołowski



W 134. rocznicę urodzin prof. A. Cieszyńskiego otwarto w Oleśnicy wystawę poświęconą uczonemu. W uroczystości wzięli udział: dr hab. B. Bruziewicz-Mikłaszewska (V od lewej) oraz lek. dent. Alicja Marczyk-Felba i lek. dent. Jacek Wojtkowicz (fot. po prawej).

134. rocznica urodzin prof. Antoniego Cieszyńskiego

31 maja 2016 r. minęła 134. rocznica urodzin prof. dr. med. Antoniego Cieszyńskiego. Urodzony w Oleśnicy w 1882 r. prof. Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, rozstrzelany na Wzgórzach Wuleckich 4 lipca 1941 r., ciągle pozostaje we wdzięcznej pamięci swoich uczniów i wychowanków.

Na cześć pioniera polskiej stomatologii i współtwórcy stomatologii światowej Biblioteka i Forum Kultury w Oleśnicy przygotowały wystawę poświęconą uczonemu. Jej wernisaż, który otworzył burmistrz Oleśnicy Michał Kołaciński (nasz kolega – lekarz pediatra), i w którym wzięli udział dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, lek. dent. Alicja Marczyk-Felba i lek. dent. Jacek Wojtkowicz, odbył się w 134. rocznicę urodzin Profesora. Zgromadzone w jed-

nym miejscu plansze i eksponaty pozwalają prześledzić biografię wybitnego naukowca, jego osiągnięcia zawodowe, aktywność na arenie międzynarodowej i działalność społeczną. Wystawę, opracowaną przez regionalistę Krzysztofa Dziedzica, można oglądać przez najbliższe miesiące w Galerii BiFK przy ul. Kochanowskiego 4, do czego gorąco zachęcam.

Po otwarciu wystawy delegacje złożyły kwiaty pod tablicą poświęconą Profesorowi, usytuowaną na ścianie oleśnickiej apteki „Pod Orłem”. Uroczystość zorganizowały władze miasta Oleśnicy oraz Towarzystwo Przyjaciół Lwowa i Kresów Wschodnich.

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Miasto Wrocław doceniło prof. Piotra Ponikowskiego i prof. Krzysztofa Wroneckiego



Prof. Piotr Ponikowski

Poznaliśmy laureatów Nagrody Prezydenta Wrocławia i Wrocławia. Wśród wyróżnionych znaleźli się prof. Piotr Ponikowski, prorektor ds. nauki wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego (2016-2020) oraz kardiochirurg i chirurg dziecięcy prof. Krzysztof Wronecki. Nagrody zostaną wręczone 24 czerwca br. podczas uroczystej sesji Rady Miejskiej odbywającej się w ramach święta Wrocławia. Z tej okazji tytuł honorowego obywatela miasta otrzymają: Kornel Morawiecki, Adolf Juzwenko i Karol Modzelewski.

Prezydent Wrocławia docenił cały dorobek prof. Piotra Ponikowskiego, nie tylko jego pracę w charakterze kierownika Katedry i Kliniki Chorób Serca UM we Wrocławiu i kierownika Kliniki Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, ale też osiągnięcia naukowe. W uzasadnieniu czytamy m.in., że prof. Ponikowski jest autorem ponad 700 publikacji i jednym z czterech najbardziej wpływowych polskich naukowców w rankingu Thomson Reuters „The World's Most Influential Scientific Minds 2015”. Poza prorektorem ds. nauki do Nagrodzisty Wrocławia Wrocławia nominowani zostali również: Marian Dymalski – prezes klubu sportowego „AZS Wrocław”, Andrzej Kosendiak – dyrektor Narodowego Forum Muzyki, Paweł Marchewka – twórca i szef Techlandu, Krzysztof Jakubczak – działacz opozycyjny środowisk akademickich, Wincenty Mazurek – dyrektor Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu oraz fundacja „Hobbit”.

Prof. Krzysztof Wronecki otrzyma Nagrodę Wrocławia za całokształt działań na rzecz miasta. Komisja Nominacyjna doceniła go za stworzenie Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej i rozwiązanie problemów dzieci z wrodzonymi wadami serca. Wśród nominowanych do nagrody są także: Akademia Wychowania Fizycznego (w tym roku uczelnia obchodzi 70-lecie), Wydawnictwo Via Nova, ks. Adam Marszałkowicz – główny założyciel Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta, Zofia Teliga-Mertens, która sprowadziła z Kazachstanu ponad 200 Polaków. Podarowała im też własny majątek.

Nagroda Prezydenta Wrocławia i Wrocławia zostały ustanowione uchwałą Rady Miejskiej we Wrocławiu 16 stycznia 1993 roku.

Laureatom szczerze gratulujemy i życzymy kolejnych sukcesów!

M.J.

Życiorysy laureatów dostępne na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

STOWARZYSZENIE LEKARZY DOLNOŚLĄSKICH I WYCHOWANKÓW MEDYCyny WROCŁAWSKIEJ WYBRAŁO NOWE WŁADZE

21 maja br. w sali klubowej Domu Lekarza we Wrocławiu obradowało XII Walne Zebranie członków Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej. Dokonano na nim oceny działalności SLDiWMW w latach 2009-2016. Obradom przewodniczył prof. dr hab. Krzysztof Moroń. Zebranie rozpoczęło od nadania godności członków honorowych Stowarzyszenia. Zostali nimi: prof. dr hab. Zuzanna Morawska i lek. Jan Drozdowski.

Sprawozdanie z działalności Stowarzyszenia, którego główne kierunki rozwoju wytyczył przewodniczący SLDiWMW lek. Jerzy Bogdan Kos, przedstawił wiceprzewodniczący dr n. med. Wiesław Prastowski. Warto podkreślić, że duet ten doskonale się uzupełniał przez całą kadencję i przyczynił się do powzięcia wielu ciekawych inicjatyw. Organizowane raz w miesiącu spotkania gromadziły na sali spore grono lekarzy dzięki umiejętnemu doborowi prelegentów i pięknej oprawie muzycznej. Głównymi wykonawcami byli Anna Jadach – fortepian i Wiktor Kuzniecowa – skrzypce. Największym zainteresowaniem cieszyły się jednak spotkania zaduszkowe poświęcone lekarzom, którzy odeszli na wieczny dyżur. Tłumnie było też na noworocznych spotkaniach opłatkowych. Za każdym razem uczestniczyli w nich urzędujący metropolici wrocławscy. Zebrani burzliwymi oklaskami podziękowali ustępującemu zarządowi za jego wieloletnią i owocną pracę.

Zgodnie ze statutem dokonano wyboru nowych władz. **Przewodniczącym SLDiWMW został prof. dr hab. Krzysztof Moroń.** Wiceprzewodniczącymi wybrani zostali: dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska i dr n. med. Roman Badowski. Funkcję sekretarza powierzono lek. dent. Izabelli Czajkowskiej, a skarbnika dr. n. med. Stefanowi Malcewiczowi. W skład zarządu wszedł również dr hab. Andrzej Wojnar. Członkami Komisji Rewizyjnej zostali: prof. Krzysztof Wronecki, lek. dent. Bogusław Makuch, dr n. med. Anna Cieślińska; a Sądu Koleżeńskiego: dr n. med. Stanisław Solecki, prof. Andrzej Kierzek, prof. Bogdan Łazarkiewicz. Godność honorowego prezesa Stowarzyszenia nadano lek. Jerzemu Bogdanowi Kosowi.

Życzymy nowo wybranym władzom sukcesów i realizacji planów.

K.W.



Lek. Jerzy
Bogdan Kos



Dr n. med. Wiesław
Prastowski

Laudacja na cześć dr. Jerzego Bogdana Kosa

Wielce Szanowny Panie Doktorze, Drogi Jurku, Przyjacielu Kochany!

Nie bez kozery określiłem Cię takim słowem. Bo my Ciebie chyba wszyscy, bez wyjątku, darzymy takim uczuciem. Kilkanaście lat temu otrzymałem Twoją książkę z dedykacją: „Andrzejowi, z przyjaźnią”. Jakże wtedy byłem dumny. Wszak otrzymałem książkę od samego Doktora Kosa z takim pięknym wpisem. Byłem wtedy w siódym niebie!

Pewne meksykańskie przysłowie mówi: Wszyscy ludzie są zrobieni z tej samej gliny, ale nie w tej samej formie. Jest wielu ludzi obdarzonych rozlicznymi talentami, inteligencją, interesującą osobowością. Te przymioty ma dr Jerzy Bogdan Kos. Ma jednak coś więcej, jest człowiekiem wielkiego formatu, używając meksykańskiej metafory, człowiekiem z wielkiej formy. Zastanawiam się, jak jeden człowiek może mieć w sobie tak pięknie wszystko poukładane. Rzadko można spotkać umysł tak szeroko otwarty i pozwalający czerpać z głębin swego intelektu.

Jesteś nie tylko wspaniałym lekarzem, ale i prozaikiem, i poetą, i historykiem nauki. Humanistą wszechstronnym. Twoje prace z historii medycyny predysponują Cię nie tylko do naukowego stopnia, ale i naukowego tytułu. Twoja literatura, przepojona życzliwością, serdecznością, ciągle inspiruje do myślenia. Szczególnie ceni się Twoi „Mistrzowie wrocławskiej medycyny.

Szkice do portretów”, rzecz zupełnie unikatowa. Zauważyć można, że posiadasz to, co Bolesław Prus zwykł nazywać „pełną spiżarnią”. Przy Twoim stylu inni koledzy parający się piórem, także i ja, mogą wpadać w kompleksy. Przecież to swoista maestria.

Przyjacielu, Ty ciągle obdarzony pełnym sympatii i radości, i uśmiechu dla innych Człowieku, dziękujemy Ci za wszystko, co dla nas zrobiłeś. Za wszystkie Twoje książki, publikacje, dobre rady, za wspaniałe prowadzenie wraz z Doktorem Wiesławem Prastowskim posiedzeń Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich. Los jest dla nas bardzo łaskawy, że spotkaliśmy na swojej drodze takiego człowieka. Jesteśmy pewni, że przez wiele jeszcze lat korzystając będziemy mogli z Twojej wiedzy, doświadczenia, wnikliwości, krytycyzmu.

Abraham Lincoln kiedyś powiedział: „To piękne, że człowiek jest dumny ze swego miasta, lecz jeszcze piękniej, gdy miasto może być z niego dumne”. Jurku, Wrocław, nie tylko ten lekański, jest z Ciebie dumny. My wszyscy jesteśmy z Ciebie dumni.

Żyj nam długie jeszcze lata! Oby Opatrzność miała Cię ciągle w Swej opiece! Oby Ci zdrowie jakoś dopisywało! Pamiętaj, co powiedział nieco przewrotnie François Rabelais: *Bez zdrowia życie nie jest życiem, życie nie jest do „wyżycia”*. I wspomagaj nas nieustannie swoim intelektem.

prof. Andrzej Kierzek

Serdeczne dzięki

21 maja br. P.T. członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej wybrali nowe władze. Przewodniczącym zarządu został prof. Krzysztof Moroń, członek zarządu poprzedniej kadencji.

Do nowych władz, ku olbrzymiemu niezadowolению obecnych, nie wyrazili zgody na kandydowanie m.in. doktorzy Jerzy Bogdan Kos i Wiesław Prastowski. To dwa filary Stowarzyszenia, nie tylko w ubiegłej kadencji. Bardzo silne.

Kol. Wiesław Prastowski – poeta, pisarz, człowiek o ciekawej osobowości, dostarczał wielu wrażeń, szczególnie tych, które pieściły ucho. Był inicjatorem i popularyzatorem programów muzycznych, także literackich. Prezentował ciekawych muzyków, wokalistów. Rozumie On, że nauka, w tym i medycyna oraz sztuka, tworzą dzieła, które są wyrazem triady platońskich wartości: piękna, prawdy i dobra.

Nikt tak nie organizował spotkań jubileuszowych absolwentów, jak sekretarz Stowarzyszenia kol. Stanisław Solecki, wiele cie-

kawych inicjatyw było dziełem kol. Izabelli Czajkowskiej, wnoszącej do poczynąń Stowarzyszenia także wiele ciepła. Finanse Stowarzyszenia stały się bezpieczne w rękach kol. Stefana Malcewicza. Dobrym duchem był kol. Andrzej Wojnar, mimo licznych obowiązków potrafił zawsze znaleźć dla nas czas. Niezwykle cenne były inicjatywy wielu lekarzy, m.in. Zofii Kaczmarskiej, Bohdana A. Stończewskiego i innych. To bardzo dobrze, że tacy obdarzeni żywym i jasnym umysłem ludzie, przybliżali nam idee nauki o poznaniu i szeroko pojętej sztuki.

Osobne podziękowania należą się p. Danucie Bujwid, znaney i cenionej działaczce kultury, niezwykle zaangażowanej, lubianej przez nas Osobie, która o sprawach Stowarzyszenia wie wszystko. A może i jeszcze więcej!

Zadziwia, w jaki sposób tak mało osób potrafiło uczynić tak wiele dla aktywizacji życia kulturalnego w naszym dolnośląskim lekarskim środowisku.

prof. Andrzej Kierzek



Fot. Niemiecka Izba Lekarska

Medal im. Paracelsusa Niemieckiej Izby Lekarskiej dla prof. Jana Schulzego

24 maja 2016 r. prof. Jan Schulze, honorowy prezydent Saksońskiej Izby Lekarskiej, otrzymał najwyższe odznaczenie Niemieckiej Izby Lekarskiej – Medal im. Paracelsusa. Okazją do jego wręczenia były obchody 119. Niemieckiego Dnia Lekarza odbywające się w Hamburgu.

Niemiecka Izba Lekarska doceniła wpływ prof. Schulzego na budowanie samorządności lekarskiej w Niemczech Wschodnich od 1989 roku, jego zaangażowanie w działalność niemieckiej korporacji medycznej i wkład w projekty transgraniczne. Prof. Schulze pełnił w latach 1999-2015 funkcję prezydenta Saksońskiej Izby Lekarskiej.

W uzasadnieniu czytamy m.in.: „Niemieccy lekarze pragną uhonorować prof. Jana Schulzego, lekarza, który przez czterdzieści lat aktywności jako medyk, naukowiec oraz polityk angażował się w niezwykle sposób w życie lekarzy. Jako ojciec założyciel Saksońskiej Izby Lekarskiej przyczynił się w istotny sposób do budowy oraz rozbudowy lekarskiego samorządu zawodowego po upadku muru berlińskiego w 1989 roku. Przez dziesięciolecia zabiegał o interesy niemieckich lekarzy, od 1999 roku przez cztery kadencje jako prezydent SIL. Jest jednym z najwybitniejszych diabetologów, zarówno niemieckich, jak i międzynarodowych. Swoimi badaniami, szczególnie nad cukrzycą typu 2., przyczynił się od pogłębienia wiedzy w zakresie diagnostyki oraz leczenia tej choroby, a także do poprawy jakości opieki nad chorymi. Jako przykładowy nauczyciel akademicki Kliniki Uniwersyteckiej w Dreźnie ukształtował i zachwyił zawodem lekarza wielu studentów medycyny oraz młodych lekarzy. Jego trud włożony w kształtowanie polsko-niemieckiego porozumienia zasługuje na najwyższy szacunek”.

Knut Köhler

Biuro Prasowe Saksońskiej Izby Lekarskiej



Fot. z archiwum autora

Od lewej: Jacek Filarski, Przemysław Krupa, Jarosław Chrebor

Dolnośląscy lekarze srebrnymi medalistami Mistrzostw Polski Lekarzy w Szachach

8 maja 2016 r. wróciliśmy na Dolny Śląsk ze srebrnymi medalami z Mistrzostw Polski Lekarzy w Szachach. W Ustroniu naszą Izbę reprezentowaliśmy w składzie: z Wrocławia Przemysław Krupa – specjalista chirurgii stomatologicznej, Jarosław Chrebor – specjalista medycyny pracy, Jacek Filarski specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej. Nie wybraliśmy się tam wprawdzie w optymalnym składzie, ale warto było pojechać, warto było wyteńczyć umysły i sprawdzić się z najlepszymi w Polsce, bo po ostatniej rundzie i w czasie dekoracji poczuliśmy, czym jest szczęście. Moje było podwójne, ponieważ indywidualnie zdobyłem brąz w szachach błyskawicznych (5 minut na rozegranie partii). Choć nie jesteśmy zawodowymi szachistami, graliśmy również z zawodnikami szkolonymi od dzieciństwa w klubach szachowych.

A wszystko zaczęło się od spotkań szachowych w ramach naszej sekcji przy DIL we Wrocławiu i dzięki wspólnej mobilizacji. W naszej kolekcji mamy już wszystkie trzy kolory medali, w ubiegłym roku zdobyliśmy złoto, w tym srebro, a dwa lata temu brąz.

Drogie Panie i Panowie, nie musicie dobrze grać w szachy, po prostu przyjdźcie na nasze spotkania sekcji szachowej (raptem sześć razy w roku), a zapewniam, że zrobimy z Was w 2017 roku medalistów! Zapraszamy na stronę mistrzostw: www.chessarbiter.com

Jarosław Chrebor

Do pobrania za darmo na: www.naukapoludzku.pl

NAUKA. PO LUDZKU

Kompletny poradnik krok po kroku



Grupa studentów Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku postanowiła pomóc kolegom z uczelni medycznych w całej Polsce. W 2013 roku rozpoczęliśmy projekt *Pomysł – Badanie – Publikacja*, który jest przewodnikiem dla studentów kierunków medycznych pragnących rozpocząć swoją działalność naukową. Droga ku tej publikacji była również długa i wyboista, ale udało się i dlatego chcielibyśmy podzielić się nią z Państwem.

Serdecznie zachęcamy do zapoznania się z naszą książką *Pomysł – Badanie – Publikacja*. Jest ona dostępna na stronie internetowej www.NaukaPoLudzku.pl w pliku pdf, aby każdy zainteresowany mógł ją pobrać na swój personalny komputer. Dostępna będzie również w Bibliotece Głównej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Marianna Rogowska

Kontakt z koordynatorem NaukaPoLudzku.pl

lek. Przemysław Waszak, www.naukapoludzku.pl, kom. 663 534 485

Półtora tysiąca lekarzy w Hali Stulecia

Na piasku siedzi skulona, filigranowa kobieta. Lekko uniosła ramiona, czoło oparła o kolana. Całe jej ciało pokrywają brzydkie, ciemne plamy, a może rany? Ta sylwetka jest poruszającym znakiem 31. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, który odbył się we Wrocławiu w dniach 11-14 maja. Wzięło w nim udział ponad półtora tysiąca osób, lekarzy i firm z całego świata.

Czterodniowy zjazd zorganizowały Polskie Towarzystwo Dermatologiczne oraz Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii UM we Wrocławiu. Na czele Komitetu Organizacyjnego oraz Komitetu Naukowego stanął prof. Jacek Szepietowski, a patronat honorowy nad zjazdem objęli prezydent Wrocławia Rafał Dutkiewicz i rektor UM prof. Marek Ziętek. Wykładowcy przyjechali z całej Polski, od Gdańska po Kraków, od Poznania po Białystok. Cudzoziemcy pochodzili z Australii, Austrii, Litwy, Niemiec, Białorusi, Szwajcarii, Indii oraz Etiopii. Z widownią łączyli się za pomocą żywej mowy lub satelitarnie. Wówczas z Europejskiej Stolicy Kultury Wrocław zmienił się w światową stolicę dermatologii.

Wenus i Psyche

„Parchy, dzioby, wrzody i przymioty u naszych przodków” – to tytuł wykładu, którym prof. Janusz Skalski otworzył zjazd. Program, podzielony na piętnaście sesji, był bardzo ciekawy. W ramach każdej sesji odbywało się zazwyczaj kilka spotkań tematycznych równolegle i pokazy przypadków. Z kolei każde spotkanie to kolejno następujące po sobie wykłady różnych specjalistów. Były to sesje na żywo oraz satelitarne, prelekcje autorów indywidualnych oraz przygotowane przez firmy farmaceutyczne. Trudno wymienić wszystkie tytuły. Obok zagadnień uniwersalnych, jak „Choroby błon śluzowych” i „Choroby naczyń”, pojawiły się te stanowiące już *signum temporis*, jak „Problemy dermatologiczne chorych po przeszczepieniach narządów”, „Dermatologia estetyczna”, „Psychodermatologia”. Ważny wątek stanowiły choroby weneryczne jako stare – nowe wyzwanie dla dermatologów. Natomiast w piątek 13 maja po południu odbył się Krajowy Zjazd Delegatów PTD.

– Po raz pierwszy w historii zjazdów PTD – zapowiadał prof. Szepietowski – proponujemy nowe sesje tematyczne, jak choroby zapalne skóry, leki recepturowe i wymienione już problemy dermatologiczne chorych po przeszczepieniu narządów, czy sesje: „Prezentacje wybrane przez prezesa PTD” i „Sprawdź się sam: interaktywny pokaz przypadków”. Nowością było wyznaczenie przedziału czasowego do zaprezentowania aktualnych konsensusów i rekomendacji PTD. Wobec tak szerokiego przekroju tematycznego, uczestnicy zazwyczaj pojawiali się na jednym spotkaniu, słuchali, potem przechodzili do innej sali i do następnej, i dalej. Korzystali z tylu wykładów równolegle, na ile starczyło im czasu i sił. Jednocześnie dużym zainteresowaniem cieszyły się stoiska firm kosmetycznych i farmaceutycznych, gdzie można było testować niektóre preparaty, a nawet działanie nowoczesnych urządzeń medycznych. Tyle można było zobaczyć, usłyszeć, dowiedzieć się i nauczyć. Nie tylko w ramach kursów.

„Choroby, które miały zaniknąć”

Wątek chorób wenerycznych wracał jak bumerang. W ramach panelu „Konsensusy i rekomendacje PTD” (14 maja) dr Agnieszka B. Serwin z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku postuluwała potrzebę nowej strategii dla wenerologii. Oficjalnie Polska ma bardzo niski odsetek występowania przypadków, ale

– jak zauważyła – one po prostu nie są oficjalnie zgłaszane. Pacjenci nie udostępniają też swoich kontaktów, które powinny zostać przebadane. Brakuje doświadczonych diagnostów i dochodzi do pomyłek. Dyskutanci zgodzili się, że w diagnostyce chorób wenerycznych należy dążyć do stosowania metod molekularnych. Dr Serwin zwróciła uwagę, że trzeba przywrócić poradnie wenerologiczne, bo z tymi chorobami lekarze będą mieli coraz częściej do czynienia. Także u osób poniżej 25. roku życia, co jest nowym wyzwaniem. – A co z centralną kartoteką chorych? – pytała retorycznie o istniejącą niegdyś bazę danych. – Ona powinna znowu powstać. Ale nie wiadomo, czy powstanie. Zaraz podnosi się krzyk: „Człowiek jest wolny!”.

– Kiła u dzieci jest nierozpoznawana, bo już nikt nawet nie ma wprawy – ostrzegał prof. Leszek Szenborn podczas swojego wykładu pt. „Zmiany skórne w przebiegu chorób zakaźnych wieku dziecięcego”, w ramach panelu „Dermatologia pediatryczna” 13 maja. Istnieje kategoria chorób, „które miały zaniknąć”, a wracają w sytuacjach nietypowych i są wtedy niezwykle groźne. Na przykład w USA narasta problem z uodpornionymi szczepami gronkowca SSSS. Prof. Szenborn przedstawił sytuację w Polsce. – U nas wiele osób nie chce się szczepić z powodów nieuzasadnionych – ocenił. Z drugiej strony, na przykład powikłania po odrze, przeciwko której szczepi się dzieci, okazują się groźne dla jeszcze mniejszych, dla niemowląt. Ospa wietrzna może okazać się chorobą śmiertelną po infekcji, do której doszło podczas tzw. „ospa party”. To jest specjalny kinderbal dla zdrowych i chorych, organizowany przez rodziców po to, by ich dzieci jak najszybciej się zaraziły i „zaliczyły” ospę. Skutki są nieprzewidywalne.

Wydawnictwa, zapowiedzi, abstrakty

Wystawcami i właścicielami stoisk, gęsto rozstawionych w korytarzach i holu, były nie tylko firmy farmaceutyczne. Pojawiły się wydawnictwa specjalistyczne i w trakcie wykładów można było dowiedzieć się o przygotowanych przez nie nowych publikacjach naukowych, które – zdaniem prelegentów – stanowią kompendium wiedzy dermatologicznej. W ramach piątkowych „Konsensusów i rekomendacji PTD” wymieniono tytuł wydawnictwa Termedia, „Praktyka dermatologiczna” pod redakcją prof. Andrzeja Kaszuby (niebawem ukaże się w księgarniach), gdzie omówiono wytyczne leczenia żylnych owrzodzeń goleń z punktu widzenia dermatologa, oraz pracę zbiorową „Dermatologia geriatryczna” Wydawnictwa Czelej, gdzie zdaniem prelegenta, bardzo wnikliwie opisano stopę cukrzycową oraz owrzodzenie goleni (Polska przoduje, jeśli chodzi o przewlekłe choroby żyłne, co jest związane z ciężką pracą stojącą kobiet). Do dyspozycji uczestników zjazdu były nieodpłatne magazyny i biuletyny branżowe, dotyczące w dużej mierze kosmetyki i medycyny estetycznej. Udostępniono kilka stanowisk komputerowych, dzięki czemu w przerwie między wykładami można było przeglądać streszczenia poszczególnych referatów. Zarejestrowani wcześniej autorzy wystąpień mogą przeglądać je na stronie: ptderm2016.syskonf.pl.



Cierpliwość, pieniądze i szczęście

Sobotnim popołudniem Hala Stulecia zaczęła pustoszeć, firmy kosmetyczne likwidowały stoiska, gdy odbywały się jeszcze ostatnie wykłady. 31. zjazd zaczął się od historii i wykładem z historii dermatologii zakończył. *Hic mortituri docent vivos* – ta sentencja kojarzy się z nauką anatomii, a przecież ma głęboki sens w odniesieniu do historii jako takiej. Kameralne grono w sali B wysłuchało prelekcji o dermatologii w mieście Breslau do 1945 roku. Dr n. med. Rafał Białynicki-Birula mówiąc o poprzednikach polskich dermatologów we Wrocławiu, wymienił prof. Alberta Neissera. Ów kierownik Kliniki Dermatologii od 1882 r. odkrył bakterię rzeżączki. Neisser receptę na powodzenie naukowca ujął w swojej dewizie 3xG: „Geduld, Geld und Glück” – cierpliwość, pieniądze i szczęście. Jemu samemu zabrakło tego ostatniego. Aż 22 razy był nominowany do Nagrody Nobla, ale nigdy jej nie zdobył.

Klinika w czasach niemieckich mieściła się w tym samym budynku co teraz. – Paradoksalnie – mówił dr Białynicki-Birula – norma była wtedy lepsza niż u nas: 139 łóżek. Zajmowali je głównie chorzy wenerycznie. Budynek przy dzisiejszej ul. Chałubińskiego został w czasie wojny zniszczony i splądrowany. Na szczęście z dawnych czasów zachowały się cenne podręczniki i zbiór mulaży. Stworzone z wosku fragmenty ludzkiego ciała ze zmianami chorobowymi skóry są obiektami muzealnymi, ale wciąż stanowią pomoc naukową dla pokoleń studentów.

Ze świata do Polski, z Polski w świat

Jak pisze Wisława Szymborska, każdy koniec to zaledwie początek. Dr Tizita Yosef Kidane z Addis Ababa w Etiopii, która wystąpiła z wykładem specjalnym pt. „Cutaneous leishmaniasis

in Etiopia”, zaprosiła swoich polskich kolegów na IV Etiopskie Forum Dermatologii i Wenerologii (28 lipca 2016 r.). Natomiast prof. Iris Zalaudek z Uniwersytetu Medycznego w Grazu w Austrii zapowiedziała, że w czerwcu 2018 r. odbędzie się w Salonikach V Światowy Kongres Dermoskopii. – Polscy lekarze są światowym liderem w tej specjalności – dodała. Jej wykład „Management rules not to miss melanoma” zyskał uznanie jednak nie z tego powodu, ale dlatego, że był świadectwem ogromnej praktyki zawodowej oraz umiejętności krasomówczych autorki. Prof. Zalaudek specjalizuje się w badaniu nowotworów skóry i podczas wykładu omawiała diagnostykę zmian barwnikowych pod kątem ich wykluczenia. Mówiła z pamięci, żywo gestykulując. Doskonale nawiązała kontakt z widownią, kierując do niej pytania: – Widzicie to niegroźne znamię? Kto z was ma coś takiego na skórze, no?! – i od razu podnosił się las rąk. Już na początku zapowiedziała, że planuje wykład dla osób, które dotąd nie miały do czynienia z dermoskopią, i dotrzymała słowa.

Największa satysfakcja

Zjazd zakończył się wystąpieniami organizatora i gościa honorowego. Prof. Jacek Szepletowski w szczególny sposób dziękował prof. Adamowi Reichowi, sekretarzowi Komitetu Organizacyjnego oraz pracownikom Kliniki i Katedry. Po nim głos zabrał jeszcze lekarz senior prof. Kazimierz Jakubowicz. Zająwszy skromne miejsce na widowni, z mikrofonem w ręku również i on podziękował Komitetowi Organizacyjnemu. – Uczestniczyłem w wielu zjazdach, ale z tego jestem najbardziej usatysfakcjonowany. Dziękuję wszystkim, którzy wykonali tę czarną robotę – powiedział z humorem nestor dermatologów.

Aleksandra Solarewicz

2. REAKTYWOWANY STRESSOWY ŻŁAZ MEDYKA JUŻ ZA NAMI

Kiedy prawie 3,5 roku temu, razem z Rysiem Ściborskim, przezywając „ryki duszy 50+”, postanowiliśmy odgrzebać po latach pomysł na Stressowy (zawsze przez dwa „s”) Żłaz Medyka, myśleliśmy, że będzie to tylko jednorazowy incydent.

Spotkanie przed 3 laty w Starym Gierałtowie na Reaktywowanym Żłazie – jego gorąca atmosfera, entuzjazm żłazowiczów i prześpiewane dwa wieczory uzmysłowiły nam, że nie tylko nas trawi tęsknota za radosnymi czasami studenckich wędrówek po dolnośląskich górach. I nie tylko nam brakuje takich cudownie prostych i zwyczajnych emocji – ciepła rozpalonego ogniska i jego migocących płomieni, bliskości starych przyjaciół, piosenek śpiewanych przy gitarach. W Starym Gierałtowie, po latach, odżyło to w nas raz jeszcze!

Gdy zegnaliśmy się ze sobą po 3 dniach stressowego żłazowania, wszyscy uczestnicy prawie zażądali od nas obu, byśmy spotkali się jeszcze raz. Wtedy obiecywaliśmy im, że pewnie za dwa lata zorganizujemy kolejny Żłaz Medyka.

Niestety, życie chodzi własnymi drogami – niekoniecznie po naszej myśli. Splot szeregu okoliczności spowodował, że kolejne wici stressowe rozeszliśmy dopiero w tym roku. Przez kilka ostatnich miesięcy informowaliśmy Was o zbliżającym się 2. Reaktywowanym Stressowym Żłazie Medyka, który właśnie pod koniec maja przeszedł już do historii.

Tym razem spotkaliśmy się w Zieleńcu, a naszą bazą był hotel „Szarotka Vital & Spa Resort”. I choć – jak martwił się Rysio – zaplecze rekreacyjne mogło skusić niejednego ze żłazowiczów, to jednak frekwencja na żłazowych posiadach była imponująca.

W piątkowy wieczór spotkaliśmy się całą, ponad 100-osobową gromadą przy grillu (szkoda, że nie przy ognisku, ale to stygmat nowych czasów) dla przećwiczenia zawartości nowego śpiewni-

ka turystycznego – tym razem na specjalne życzenie wielu z Was („bo wzrok już nie ten i w ogóle...”) w wersji 50+ (czyli z dużymi literami). Cały Zieleniec do późnych godzin nocnych rozbrzmiewał piosenkami śpiewanymi przez rozochoconych uczestników Żłazu przy akompaniamencie gitary niestrudzonego Rysia Ściborskiego, wspieranego keyboardem Oła Falińskiego i gitarą męża jednej z naszych koleżanek Włodzimierza. Część ze śpiewających przeniosła się później jeszcze do pokoi, kontynuując koncertowanie już w bardziej kameralnych warunkach.

Następnego dnia po śniadaniu, wykorzystując wspaniałą pogodę, bardziej ambitna i zorientowana turystycznie grupa aż 61 uczestników (rozpętość roku urodzenia od 1940 do 1988) ruszyła na najwyższy szczyt Gór Orlickich – Orlicę. Po jej zdobyciu, usatysfakcjonowani turyści dołączyli do pozostałej grupy spacerowo-wyciągowej po czeskiej stronie dla dokonania „rozpoznania sytuacji bojem” w Masarykovej Chacie. Po dłuższym relaksie najbardziej ambitna 14-tka ruszyła jeszcze zielonym szlakiem do rezerwatu na Torfowiskach, zaś pozostali powrócili do żłazowej bazy w Zieleńcu.

Wieczorem wszyscy uczestnicy spotkali się z Karkonoskim Zespołem Folkowym „Szyszak” z Zachełmia. Grupa ta przedstawiła kilkanaście swoich piosenek. Teksty wielu z nich to wiersze autorstwa znanego jeleniogórskiego chirurga i himalaisty Kazimierza Pichlaka. Sam autor – obecny wśród żłazowiczów – w trakcie występu recytował swoje stare i najnowsze wiersze, a nawet – przy gorącym aplauzie zebranych – zaśpiewał wspólnie z zespołem kilka swoich utworów.

Po części pełnej klimatów karkonoskich przyszła z kolei pora na klimaty bardziej wschodnie, czyli beskidzko-krakowskie w wykonaniu niezrównanej – jak zawsze – „Wolnej Grupy Bukowina”. Gra-



Fot. z archiwum autorów

Więcej zdjęć na stronie: medium.dilnet.wroc.pl

Uczestnicy 2. Reaktywowanego Stressowego Złazu Medyka, 27-29.05.2016 r., Zieloniec

żyna „Zajączek” Kulawik, Wacław Juszczyński i Wojciech „Jarota” Jarociński wraz ze swoimi kolegami z zespołu w magiczny sposób przenieśli nas wszystkich w Krainę Łagodności. Ponieważ wszyscy doskonale znali śpiewane przez „Bukowinę” piosenki, cała sala rozbrzmiewała wspólnie śpiewanymi „klasykami” turystycznymi. To pełne emocji i wspomnień rozśpiewane spotkanie trwało do późnych godzin nocnych.

W ostatnim dniu Złazu, po śniadaniu, Kazio Pichlak podpisywał swoje tomiki wierszy. A potem wszyscy uczestnicy utworzyli krąg i zaśpiewali kilka pożegnalnych pieśni. Dalej już tylko „rodzinne zdjęcie”, ostatnie uściski, słowa pożegnania i 2. Reaktywowany Stressowy Złaz Medyka dobiegł końca.

Wiele razy podczas spotkania w Zieloncu zadawano nam pytania, czy będą następne Złazy. Cóż, padły nieśmiało obietnice, że

być może za kolejne 3 lata spotkamy się na kolejnym Stressie, ale czy tak się stanie – czas pokaże! Śledźcie więc informacje w „Medium” i trzymajcie kciuki, aby „słowo ciałem się stało”.

Na koniec należałoby po raz kolejny podkreślić, że nie byłoby tego Złazu, gdyby nie wielkie zaangażowanie Rysia Ściborskiego i cierpliwość jego żony. Nowy śpiewnik z kolei przygotowała dla złazowiczów córka Rysia – Ania, a okładkę i znaczek rajdowy – podobnie, jak i przed 3 lata – zaprojektował artysta plastyk Adam Bagiński – nasz wierny przyjaciel. Osobne podziękowania należą się również p. Patrycji Malec z DIL za pomoc organizacyjno-techniczną. Na koniec wreszcie za oprawę medialną odpowiedzialny był Jerzy Lach.

Jerzy B. Lach i Ryszard Ściborski



Fot. z archiwum autora

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W dniach 21-23 kwietnia 2016 roku odbyły się XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Rozegrano je na basenie Miejskiego Zarządu Oświaty i Wychowania w Dębicy. Wśród licznej grupy lekarzy i ich rodzin byli także reprezentanci Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Martyna Kruszyńska, Justyna Mazurek, Ewa Pyszkowska-Moczulewska, Zuzanna Bogacz, Michał Biały oraz Marta Woźny i Wojciech Woźny z dziećmi. Łącznie zdobyliśmy 10 złotych medali, 9 srebrnych i 3 brązowe w konkurencjach indywidualnych oraz srebrny medal w sztafecie mieszanej 4 x 50 m.

W trakcie mistrzostw odbyła się XII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Postępy w medycynie sportowej”, podczas której zaprezentowano najnowsze doniesienia i kierunki badań z zakresu medycyny sportowej i pokrewnych dziedzin medycyny.

Sportowej rywalizacji towarzyszyła wspaniała i rodzinna atmosfera, a także przeświadczenie, że nadrzędnym celem mistrzostw, oprócz sprawdzenia swoich sił i umiejętności pływackich, jest promocja zdrowia i sportu. Zachęcamy lekarzy do udziału w kolejnych zawodach w Dębicy. Do zobaczenia za rok.

Michał Biały

Na 2. stopniu podium (od lewej): Wojciech Woźny, Zuzanna Bogacz, Martyna Kruszyńska, Michał Biały.



GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- chirurgii ogólnej,
- pediatrii,
- neurologii,
- ginekologii i położnictwa,
- internistów lub lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Kontakt:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 32 42, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

Prestige Dent Europejskie Centrum Implantologii i Stomatologii

Estetycznej podejmie współpracę z lekarzem, profesjonalistą w wybranej dziedzinie stomatologii. Szukamy pasjonatów estetyki i jakości. Szczególnie interesuje nas stomatologia estetyczna, licówki, korony. Szczegóły współpracy prezentujemy indywidualnie. Zapraszamy do przesłania CV na adres e-mailowy: kariera@prestigedent.com.pl i kontaktu telefonicznego: 607 367 777.

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu,
z siedzibą przy ul. Sokołowskiego 4,

zatrudni od zaraz w pełnym wymiarze czasu pracy lekarzy
na oddziałach szpitalnych:

- **neurologicznym z pododdziałem udarowym,**
- **chorób wewnętrznych,**
- **pulmonologicznym,**
- **nefrologicznym ze stacją dializ,**
- **onkologicznym,**
- **rehabilitacyjnym z podziałem na:**
rehabilitację ogólnoustrojową, 1 etat – specjalista z zakresów:
ortopedii, rehabilitacji medycznej, reumatologii, chorób wewnętrznych lub balneologii i medycyny fizykalnej;
rehabilitację neurologiczną, 1 etat – specjalista z zakresów:
neurologii, chorób wewnętrznych, balneologii i medycyny fizykalnej
lub lekarz w trakcie specjalizacji z rehabilitacji lub balneologii i medycyny fizykalnej.

Warunki zatrudnienia do uzgodnienia w siedzibie szpitala.

Jesteśmy jednostką wysoko specjalistyczną, posiadającą certyfikat jakości wg norm ISO 9001.

Oferty prosimy składać w sekretariacie dyrektora szpitala.

Telefon kontaktowy: 74 64 89 600.

DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU

Ul. Grabiszyńska 105

ZATRUDNI

LEKARZY SPECJALISTÓW LUB LEKARZY W TRAKCIE SPECJALIZACJI

- **Z ZAKRESU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH,**
- **Z ZAKRESU CHOROÓB PŁUC.**

Informacji udziela:

Dział Polityki Kadrowo-Płacowej Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu, ul. Grabiszyńska 105, tel. 71 33 49 529.

NOWA SIEDZIBA



WROCŁAW ul. NORWESKA 25C

elmedes

DentaFlex
UNITY STOMATOLOGICZNE

ekoRowery
WYKONANIE KONTROLI

DentaFlex

UNITY STOMATOLOGICZNE

Szwedzka Jakość



www.DentaFlex.pl



najcichszy na rynku kompresor
przeznaczony do zasilania jednego unitu
stomatologicznego

**Standardowy model lampy
oświetlenia dziennego o
mocy do 4000 luksów**



Używane od wielu lat w gabinetach
dentystycznych na całym świecie
lampy światła dziennego, szwedzkiego
producenta D-Tec to najpopularniejsze
systemy oświetleniowe, które
zapewniają maksymalną moc
oświetlenia i optymalne
odzworowanie kolorów

OFERUJEMY STANDARDOWE WYPOSAŻENIE I WIĘKSZOŚĆ CZĘŚCI
ZAPASOWYCH DO UNITÓW STOMATOLOGICZNYCH



- dmuchawki trzyfunkcyjne proste i kątowe
- turbiny z podświetleniem i bez
- mikrosilniki elektryczne z podświetleniem LED
- lampy polimeryzacyjne
- skalery Woodpecker z podświetleniem
- piaskarki, również moduły piaskarek montowane do unitu

elmedes
www.elmedes.pl

601 41 51 51
elmedes@elmedes.pl



Delegatura DIL w Wałbrzychu

Lek. Dorota Radziszewska – wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

W Delegaturze Wałbrzyskiej zarejestrowanych jest obecnie 1 907 lekarzy, w tym 442 lekarzy dentystów. Liczba naszych członków systematycznie maleje, przeważają medycy w wieku dojrzałym.

Naszą siedzibę, z widokiem na wałbrzyski rynek, lekarze odwiedzają chętnie i często. Głównie dlatego, że p. Beata Czołowska – pracownik DIL zawsze służy pomocą medykom i ich rodzinom. Tu znajduje się centrum informacji. Jest to również dobre miejsce spotkań. W 2015 r. odwiedziło nas łącznie 1 050 lekarzy (frekwencja moim zdaniem wysoka), którzy chcieli dopełnić formalności związane z ewidencją lekarską, prawem wykonywania zawodu, praktyką lekarską, ubezpieczeniem.

W ubiegłym roku odbyło się sześć zebrań delegatów i przewodniczących kół. Wiele pracy miała też Iwona Świętowska, która w delegaturze zajmuje się sprawami lekarzy dentystów. Staraliśmy się podejmować współpracę ze wszystkimi instytucjami wywierającymi wpływ na funkcjonowanie lekarzy w tym zawiłym, biurokratycznym systemie. Ale dla mnie najważniejsze jest to, co dzieje się w kołach terenowych. To one stanowią podstawę naszej działalności. Koła działają w pięciu powiatach: bystrzyckim, kłodzkim, świdnickim, ząbkowickim i wałbrzyskim. Największą aktywność wykazują: Koło Terenowe w Bystrzycy Kłodzkiej, Koło Terenowe w Dzierżoniowie, Koło Terenowe w Świdnicy, Koło Terenowe w Kłodzku, Koło Ziemi Ząbkowickiej, Koło Lekarzy Seniorów w Wałbrzychu oraz koła dentystów. Niestety, niegdyś bardzo aktywne koło SCM w Polanicy-Zdroju, po przekształceniu jednostki w spółkę, nie przeprowadziło wyborów, a szkoda. O naszej działalności pisałam szerzej w nr 12-1/2015-2016 „Medium”.

Rok 2015 był dla nas bardzo pracowity. A to dlatego, że podjęliśmy się organizacji 5 konferencji i 23 szkoleń. Ponadto, za pośrednictwem poczty elektronicznej informowaliśmy lekarzy o wszystkich problemach dotyczących naszego środowiska. Konflikt na linii NFZ – świadczeniodawcy był przedmiotem naszej uwagi i troski. W 2014 roku ustawa refundacyjna ograniczyła możliwości preskrypcji leków, pozbawiła nas podstawowego prawa leczenia chorych zgodnie z wiedzą medyczną. Pierwsze pozwy w sprawie tzw. nienależnej refundacji dotyczyły lekarzy z Delegatury Wałbrzyskiej. Niestety, ze względów politycznych nasza walka z NFZ była skazana na porażkę. Postępujący zgodnie z etyką lekarską koledzy, leczący ubezpieczonych pacjentów, zostali skazani w 2015 r. wyrokami sądów („niezawisłych sądów”).

Rok 2015 był naznaczony naszym sprzeciwem wobec regulacji pakietu onkologicznego. Staraliśmy się dotrzeć do prasy i regionalnej telewizji, tłumacząc, jakie zagrożenia stanowi ta ustawa. Niestety, pakiet został wprowadzony. W konsekwencji w połowie ubiegłego roku część oddziałów szpitalnych, oraz AOS w maju, wyczerpało limity, wydłużyły się kolejki, a szpitale popadły w jeszcze większe długi.

Poza szkoleniami i konferencjami udało się nam przeprowadzić kilka akcji charytatywnych na rzecz naszych pacjentów. Koleżanka Irena Kropiwnicka, neurolog z Wałbrzycha, była po raz kolejny organizatorką wielu imprez, które miały na celu wesprzeć osoby cierpiące na chorobę Alzheimera. To z jej inicjatywy w hotelu „Maria” w Wałbrzychu odbyło się kilka balów dobroczynnych. Zorganizowała również koncerty muzyczne cieszące się dużym zainteresowaniem. Dochód z tych wydarzeń przeznaczono na rzecz chorych. Chciałabym pokreślić, że zamek Książ oraz kompleks restauracyjno-hotelowy „Maria” w Wałbrzychu są ulubionymi miejscami spotkań szkoleniowych i integracyjnych lekarzy.

Imprezy na świeżym powietrzu, gdzie można odpoczywać razem z rodziną, są uznaną formą integracji naszego środowiska. Często wspominam plenery lekarskie w Rzecze i pikniki w Polanicy-Zdroju. W roku 2015 na pikniku lekarskim bawili się z rodzinami członkowie koła świdnickiego pod kierownictwem Krysi Marciniak w Świdnicy oraz na pikniku country pod kierownictwem Ireny Kropiwnickiej w Wałbrzychu.

Tradycyjnie, najwięcej spotkań integracyjnych organizowanych jest w okresie świątecznym. Każdego roku odbywa się na naszym terenie posiedzenie Komisji Stomatologicznej DRL. Spotkania i wycieczki organizuje też Koło Lekarzy Seniorów w Wałbrzychu.

Ale były też chwile przykre. Często spotykaliśmy się na pogrzebach naszych koleżanek i kolegów, pomagaliśmy członkom delegatury DIL w chorobie i w trudnych sytuacjach życiowych. Były też skargi – lekarzy na lekarzy, pacjentów na lekarzy, rodzin lekarzy.

Jako Rzecznik Praw Lekarza interweniowałam kilkanaście razy. Uczestniczyłam także w spotkaniach Zespołu Rzeczników Praw Lekarzy przy NIL. Jako członek Komisji Kształcenia NRL walczyłam o przywrócenie stażu podyplomowego oraz uproszczenie systemu kształcenia specjalistycznego i ustawicznego. Ponieważ w naszej Komisji pracował obecny minister zdrowia, mam nadzieję, że spośród wielu postulatów naszego środowiska chociaż te dotyczące kształcenia mają szansę na pomyślne rozwiązania. Członkami Rady DIL z naszego terenu są oprócz mnie: Iwona Świętowska (lekarz dentysta), Józef Lula (Świdnica), Robert Seifert (Ząbkowice Śląskie i Kłodzko), Jacek Grzebieluch (Dzierżoniów – Bielawa).

Nasi koledzy są zastępcami Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego. Dzięki nim, przewodniczącym kół, delegatom na zjazd okręgowy i krajowy możemy prowadzić politykę informacyjną, doradczą, szkoleniową i integracyjną. Wprawdzie działalność korporacyjna bywa niekiedy kwestionowana, ale na szczęście są jeszcze społecznicy, którzy chętnie pracują na rzecz naszego środowiska, i bardzo im za to dziękuję.



FDI Poznań 2016 – czas wyborów

Kongres FDI, który 7 września rozpocznie się w Poznaniu, to bezsprzecznie najważniejsze wydarzenie w historii polskiej stomatologii, zarówno tej w wymiarze naukowym (wykłady), praktycznym (hands-on), jak i technologicznym (wystawa). Będzie również najbardziej międzynarodowe – na kongres zarejestrowali się już delegaci z 94 krajów. Mitem jest, że do Poznania mogą przyjechać wyłącznie biegłe władający językiem angielskim, prawdą, iż do wnikliwej analizy programu edukacyjnego potrzeba co najmniej... jednego kubka kawy lub filiżanki herbaty.

Choć do rozpoczęcia Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI (7-10 września) pozostało jeszcze kilka miesięcy, organizatorzy przyjęli już kilka tysięcy zgłoszeń. Skąd bierze się fenomen Kongresów FDI? – O Kongresie lubimy mówić, że to wydarzenie „umyślnie międzynarodowe”. Ideą jego organizacji była chęć stworzenia „żywej” platformy wymiany myśli i poglądów środowisk stomatologicznych z całego świata. Dzięki ciężkiej pracy – udało się. Kongres FDI od lat uznawany jest za miejsce spotkań wybitnych lekarzy dentystów, techników, higienistek, asystentek oraz innych przedstawicieli branży stomatologicznej, w tym producentów i dystrybutorów. Jest areną dyskusji, wyznacza kierunki rozwoju, uczy i ułatwia międzynarodową integrację. Jest przede wszystkim ogromną szansą dla miasta i kraju gospodarza kongresu – podkreśla dr Patrick Hescot, prezydent FDI.

Szansa jakiej nie było

Słowa Francuza potwierdzają statystyki. W poprzednich trzech edycjach kongresu frekwencja przekraczała corocznie 15 tys. osób (Istambuł 16 197 – 2013 r., New Delhi 16 437 – 2014 r., Bangkok 15 925 – 2015 r.), a liczba firm prezentujących produkty w ramach Światowej Wystawy Stomatologicznej grubo przekraczała 200.

– To wydarzenie jakiego polska medycyna i stomatologia jeszcze nie widziały i choćby z tego powodu uczestnictwo w nim powinno być dla wielu przyjemnym obowiązkiem. W Poznaniu, właściwie pod jednym dachem, będzie można otrzymać „zastrzyk” najnowszej wiedzy oraz pozytywnych emocji. Jestem przekonany, że Kongres FDI będzie okazją do wzmocnienia pozycji polskiej stomatologii i medycyny na międzynarodowej arenie – mówi dr n. med. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, która wspiera organizację kongresu.

Wątpliwości, że kongres jest szansą dla polskiej stomatologii nie ma również prof. Bartłomiej W. Loster, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego i prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. – Liczba autorytetów z zakresu wszystkich dziedzin stomatologii, zarówno z kraju jak i zagranicy, którzy potwierdzili udział w kongresie, stanowi dowód realizacji obietnicy o unikalnej ofercie edukacyjnej. Kongres ma być szansą na zaprezentowanie światu największych sukcesów polskiej stomatologii. Dlatego wśród wybitnych wykładowców oraz prowadzących kursy nie brakuje krajowych naukowców i praktyków. Polska myśl naukowa będzie prezentowana także podczas sesji plakatowych i ustnych, a technologiczna – podczas Światowej Wystawy Stomatologicznej, np. w polskim pawilonie – mówi.

Przejrzyste zasady

Rejestracja na Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI odbywa się poprzez stronę internetową: www.fdi2016poznan.org. Ceny uzależnione są od liczby dni uczestnictwa oraz terminu rejestracji. Uczestnicy rejestrują się poprzez stronę internetową na cały kongres lub wybrany dzień. W ramach opłaty rejestracyjnej otrzymują możliwość udziału we wszystkich wykładach, sesjach plakatowych oraz ustnych oraz w wydarzeniu pt. Dzień Niemiecki. Dodatkowe opłaty obowiązują uczestników warsztatów i kursów praktycznych, spotkań w formule Meet-the-expert, a także wszystkich eventów kulturalnych i towarzyskich (informowaliśmy o szczegółach w majowym numerze „Medium”). Oficjalnym językiem kongresu jest język angielski. Wszystkie sesje kongresowe będą tłumaczone simultanicznie z języka angielskiego na polski lub odwrotnie.

Tekst Łukasz Sowa

Co w programie dla Twojej higienistki?

Lek. dent. Teresa Fehrenbach opowie o roli i zadaniach lekarza i higienistki w sytuacji, gdy pacjentem jest kobieta w ciąży, a dr n. med. Aneta Olszewska, gdy jest nim dziecko. Dr Wojciech Bednarz przybliży zadania higienistek w mechanicznej kontroli płytki nazębnej. Wśród wykładowców w sesji dla higienistek są również m.in.: prof. Marzena Dominiak, dr n. med. Kinga Grzech-Łeśniak, dr Yvan Micholt (Belgia) czy Mariusz Oboda.



Światowe trendy w wybranych dziedzinach stomatologii

IMPLANTOLOGIA

Prof. Korkud Demirel odpowie na pytanie, czy występowanie w przeszłości zapalenia przyzębia jest czynnikiem ryzyka *peri-implantitis*? Prof. Liran Levin zastanowi się nad założeniami, przekonaniami i wiedzą dotyczącą zarówno oceny rokowania w odniesieniu do zębów, jak i długoterminowego powodzenia leczenia implantologicznego. Dr n. med. Mariusz Duda porówna różne metody i udane przypadki rehabilitacji pacjentów z częściową lub całkowitą utratą uzębienia przy zastosowaniu implantów z przypadkami niepowodzeń. Pozostali wykładowcy: prof. Marzena Dominiak, prof. Andrzej Wojtowicz, dr Hadi Antoun, dr Asbjørn Jokstad, dr Tomas Linkevicius, lek. dent. Monika Puzio.

ORTODONCJA

Prof. Stephen Williams opowie o zwiększeniu efektywności przesuwania zębów dzięki wszechstronnym systemom mechanicznym i kontroli tarcia. Prof. Young Guk Park wyjaśni zasady działania nowego, prostego, lingualnego aparatu ortodontycznego do protruzji siekaczy. Dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka będzie mówiła o protetyczno-ortodontycznym postępowaniu w przypadku stwierdzenia zaburzeń pracy wnętrza stawów skroniowo-żuchwowych. Pozostali wykładowcy: dr hab. Ewa Monika Czochońska, dr n. med. Liwia Minch, prof. Tomasz Gedrange, dr Zakaria Bentahar.

PERIODONTOLOGIA

Prof. Maurizio Tonetti opowie o nowych metodach i możliwościach profilaktyki i leczenia zapalenia przyzębia w pracy ogólnie praktykującego dentysty, a prof. Magda Feres o systemowej antybiotykoterapii w leczeniu chorób przyzębia. Dr hab. n. med. Paweł Plakwicz wyjaśni zasady regeneracji kości po autotransplantacji zębów z nieukończonym rozwojem korzeni.

Pozostali wykładowcy: dr n. med. Wojciech Bednarz, dr Alpodogan Kantarci, lek. stom. Jacek Żurek

MATERIAŁY

Prof. John Nicholson postawi pytanie, czy współczesne materiały mogą wyjść naprzeciw światowym potrzebom dotyczącym zdrowia jamy ustnej? Prof. Reinhard Hickel opowie o nowych kompozytach typu bulkfill, wyjaśniając jednocześnie, czy jest to opłacalne rozwiązanie czy zbyt ryzykowne? Prof. dr hab. n. med. Jolanta Saczko zaprezentuje wykład poświęcony biogodności eksperymentalnych środków retrakcyjnych w ludzkich dziąsłowych fibroblastach (HGFs). Pozostali wykładowcy: prof. Roger Linden, prof. Hendrik Meyer-Lückel, prof. Liran Levin, dr Jean-Yves Cochet.

STOMATOLOGIA DZIECIĘCA

Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk wyjaśni częsty problem w praktyce stomatologa dziecięcego – niedobór odporności u dziecka. Prof. dr hab. Katarzyna Emerich odpowie na pytanie, czy możliwe jest zapobieganie próchnicy wczesnego dzieciństwa, a dr Ari Kupietzky przedstawi ideę zakładania „dentystycznego domu”, który rozwija kwestie zapobiegania i leczenia próchnicy wczesnej u bardzo małych dzieci.

TECHNIKA DENTYSTYCZNA

Dr Rafał Mędzin opowie o zmodyfikowanej metodzie „one abutment, one time” w ujęciu klinicznym i laboratoryjnym. Nick Mekias będzie mówił o „dekodowaniu” koloru naturalnego zęba i odtworzeniu go z proszków ceramicznych, a tech. dent. Katarzyna Subotowicz o zależności w uzyskiwaniu pożądanej barwy i wybranych na uzupełnienie ceramiczne rodzajów struktur. Pozostali wykładowcy: Christoper Adamus, tech. dent. Tomasz Ciaputa, Michał Dudkowski, Antonio Ferilli, dr Kristian Owczarczak, tech. dent. Ryo Miwa.

Hands-on, czyli praktyczna strona FDI Poznań 2016 (wybrane)

Odbudowy kompozytowe w przypadku znacznego starcia zębów (warsztaty, 3h)

Dr n. med. Maciej Żarow nauczy: jak wykorzystywać minimalnie inwazyjne technologie adhezyjne w przypadku konieczności odbudowy utraconych tkanek zęba i utraconej wysokości zwarciowej; o ile odbudować skrócone zęby; jak uzyskać utracony kształt zęba; jak pracować szybko, efektywnie i przewidywalnie; jak dobrać kolor kompozytów, aby nie były ani za szare, ani opakerowe?

Zacznijmy od początku – jak ośwoić powiększenie? (warsztaty, 3h)

Dr n. med. Katarzyna Brus-Sawczuk zdradzi tajniki wykorzystania powiększenia w zabiegach stomatologicznych. Podczas warsztatów zostanie omówiona budowa mikroskopu zabiegowego, podstawowe ustawienia (widzenie stereoskopowe i współogniskowe) oraz oprzyrządowanie i instrumentarium do mikroskopu. Uczestnicy wezmą udział w praktycznym treningu nawigacji w polu zabiegowym z omówieniem zasad pracy.

Leczenie wstępne TMJD (warsztaty, 3h)

Dr n. med. Andrzej Bożyk nauczy: prawidłowo zbadać pacjenta z zaburzeniami układu ruchowego narządu żucia;

rozpoznać zaburzenie; podjąć właściwą terapię wstępną (aparaty odciążające i fizjoterapia); kontrolować przebieg procesu leczniczego.

Użycie mikroimplantów jako zakotwiczenie w ortodoncji (warsztaty, 3h)

Prof. Tomasz Gedrange przedstawi różne rodzaje dystalizatorów, ich wady i zalety, wskazania i przeciwwskazania. Wiele uwagi poświęci zakotwieniu w ortodoncji, także z wykorzystaniem implantów i miniśrub. Odpowie także na pytania: jakie są granice w dystalizacji; kiedy jest wskazana, a kiedy należy zdecydować się na ekstrakcję zębów; jakich efektów ubocznych należy się spodziewać i jak im zapobiegać?

Techniki autogennych przeszczepów kości w chirurgii stomatologicznej (wykład + warsztaty, 3h)

Lek. dent. Wojciech Bekiesz opowie m.in. o planowaniu zabiegów przeszczepu kości i doborze pacjentów, technikach chirurgicznych; wyjaśni skąd pobrać materiał do augmentacji; zdradzi zasady implantacji z jednoczasowym autogennym przeszczepem kości (technika bone ring). Zajęcia praktyczne obejmą przeszczep kości na materiale zwierzęcym oraz transpozycję nerwu żębodołowego na materiale zwierzęcym.



Zapraszamy do udziału w najważniejszym wydarzeniu w historii polskiej stomatologii.
Łukasz Sowa
Rzecznik prasowy/Communications Manager

FDI AWDC Poznań 2016
mobile: +48 507 153 530
e-mail: lukasz.sowa@fdi2016poznan.org
www.fdi2016poznan.org



Fot. z archiwum „Medium”

Prawo na co dzień

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

1 czerwca 2016 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, opublikowane w Dz. U. z 2015 r., poz. 2007.

Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych, określają poszczególne elementy opieki medycznej, mające na celu uzyskanie jak najlepszego stanu zdrowia matki i mającego urodzić się dziecka w sytuacjach stwierdzenia: ciąży bliźniaczej lub wystąpienia w czasie trwania ciąży, porodu lub połogu następujących powikłań: nadciśnienia tętniczego u ciężarnej, porodu przedwczesnego, zwiększonego ryzyka niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, krwotoku położniczego oraz standardy opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych.

Standardy określają zakres niezbędnych badań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych i leczniczych, a także miejsce udzielania tych świadczeń.

31 sierpnia 2016 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, opublikowane w Dz. U. z 2015 r., poz. 1997.

Standardy postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Łagodzenie bólu porodowego stanowi jeden z elementów świadczenia zdrowotnego, scharakteryzowanego procedurą medyczną jako poród samoistny i obejmuje wszystkie metody, których skuteczność została udowodniona naukowo.

Lekarz położnik to lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu to lekarz, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu lub lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Lekarz neonatolog to lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neonatologii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia.

Lekarz pediatra to lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii.

W podmiocie leczniczym, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, posiadającym oddział położniczy, opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający standard określony w załączniku do rozporządzenia i dostępne w podmiocie leczniczym metody łagodzenia bólu porodowego.

Uzgodniony pomiędzy zatrudnionymi w podmiocie leczniczym przedstawicielami lekarzy prowadzących analgezję regionalną porodu, lekarzy położników, lekarzy neonatologów lub lekarzy pediatriów, położnych i pielęgniarek oraz położnych anestezjologicznych i pielęgniarek anestezjologicznych **tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.**

Kierownik podmiotu leczniczego w porozumieniu z lekarzem kierującym zespołem położniczym oraz lekarzem kierującym zespołem anestezjologii i intensywnej terapii, położną oddziałową oddziału położniczego lub bloku porodowego oraz pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub pielęgniarką oddziałową bloku operacyjnego jest obowiązany zapewnić odpowiedni personel do realizacji świadczeń.

Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio na bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapoznają się z trybem postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego, potwierdzając to własnoręcznym podpisem.

Rodzącej, przyjmowanej do podmiotu leczniczego w celu porodu, przekazuje się w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym.

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym oraz zapewniają rodzącą wsparcie w ich zastosowaniu.

Bezpłatne leki

12 czerwca 2016 r. wchodzi w życie Ustawa z 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2016 r., poz. 652.

Zgodnie z nowelizacją ustawy świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, określone w wykazie ogłoszonym przez Ministra Zdrowia.

Zaopatrzenie to będzie przysługiwało na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Minister Zdrowia wskazuje spośród leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych określonych w ogłoszonym wykazie na podstawie przepisów ustawy o refundacji, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są wydawane bezpłatnie świadczeniobiorcom, mając na uwadze:

- zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców;
- dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- roczny limit wydatków przewidziany na ten cel w ustawie budżetowej na dany rok;
- stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w porównaniu do stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych tych produktów objętych wykazem.

Uzgodniony pomiędzy zatrudnionymi w podmiocie leczniczym przedstawicielami lekarzy prowadzących analgezę regionalną porodu, lekarzy położników, lekarzy neonatologów lub lekarzy pediatrów, położnych i pielęgniarek oraz położnych anestezjologicznych i pielęgniarek anestezjologicznych tryb postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO



Pierwszy wykaz w części dotyczącej bezpłatnego zaopatrzenia świadczeniobiorców po ukończeniu 75. roku życia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, Minister Zdrowia ogłosi nie później niż do 1 września 2016 r.

Działalność gospodarcza

19 maja 2016 r. weszła w życie Ustawa z 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2015 r., poz. 1893.

Przedsiębiorca jest obowiązany posiadać tytuł prawny do nieruchomości, których adresy podlegają wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Tytuł ten nie podlega dołączeniu do wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i jest przedstawiany organowi ewidencyjnemu na jego wezwanie.

Wpisowi do CEIDG podlegają m.in.:

- adres zamieszkania przedsiębiorcy, adres do doręczeń przedsiębiorcy oraz adresy, pod którymi jest wykonywana działalność gospodarcza, w tym adres głównego miejsca wykonywania działalności i oddziału, jeżeli został utworzony;
- dane kontaktowe przedsiębiorcy, w szczególności adres poczty elektronicznej, strony internetowej,
- numer telefonu, o ile dane te zostały zgłoszone we wniosku o wpis do CEIDG;
- informacja o dacie trwałego zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej, o ile informacja ta została zgłoszona we wniosku o wpis do CEIDG;
- informacja o wykreśleniu przedsiębiorcy z CEIDG.

Do jawnych danych i informacji udostępnianych przez CEIDG nie stosuje się przepisów Ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182), z wyjątkiem przepisów dotyczących kontroli przeprowadzanej przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych oraz zabezpieczenia danych osobowych.

Organ prowadzący rejestr działalności regulowanej wykreśla wpis przedsiębiorcy w rejestrze na jego wniosek, a także po uzyskaniu informacji o zgonie przedsiębiorcy lub po uzyskaniu informacji z CEIDG o wykreśleniu przedsiębiorcy.

W przypadku gdy wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej nie zawiera numeru PESEL przedsiębiorca uzupełnia wpis o tę daną w terminie 2 lat od dnia wejścia w życie ustawy (do 19 maja 2018 r.). Po upływie tego terminu Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej wykreśla przedsiębiorcę, którego wpis nie zawiera numeru PESEL.

Źródła grafik: www.pixabay.com/photos/woman-1284353/Pexels,
www.pixabay.com/photos/medications-257349/jarmoluk



Wywieranie wpływu na postawy i zachowania pacjentów.

Jak sprawić, aby pacjenci czynnie uczestniczyli w procesie leczenia

Sukces terapeutyczny zależy nie tylko od postawienia trafnej diagnozy i właściwie dobranej terapii, nie mniej ważna jest współpraca pacjenta z lekarzem: przestrzeganie zaleceń, regularne wizyty kontrolne, zachowania prozdrowotne. Przestrzeganie zaleceń przez pacjenta (*compliance, adherence*) to stopień zgodności pomiędzy oczekiwaniem lekarza wobec pacjenta dotyczącym leczenia a jego realizacją.

W ostatnich latach coraz częściej używa się określenia *adherence*, ponieważ *compliance* związane jest raczej z paternalistycznym schematem relacji lekarz – pacjent (lekarz „każe”, pacjent „musi”), w odróżnieniu od modelu pryncypialnego zakładającego partnerski rodzaj relacji (lekarz wskazuje, proponuje, pacjent współdecyduje).

Sformułowanie „przestrzeganie zaleceń” odnosi się zazwyczaj do krótkiego czasu (tygodni, miesięcy), gdy obserwacja dotyczy kilku-nastu miesięcy czy lat często stosuje się określenie „wytrwałość” (*persestence*). Wielu badaczy uważa, że przyjęcie leku w ilości 80-95 proc. zalecanej dawki w ciągu całego okresu terapii można określić jako optymalne przestrzeganie zaleceń, ale wg raportów WHO tylko 50 proc. pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych po sześciu miesiącach terapii stosuje się jeszcze do zaleceń terapeutycznych.

Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń mogą być różne, zasadniczo można je podzielić na dwie grupy, tzw. obiektywne: politerapia (kuracja więcej niż jednym lekiem w tym samym czasie), wysoka cena leku, objawy uboczne, konieczność ograniczania spożywania pokarmów czy używek, inne; oraz subiektywne – związane z cechami indywidualnymi: zaburzenia pamięci, trudności z koncentracją uwagi, niedostateczna motywacja do leczenia oraz niewłaściwe przekonania dotyczące chorób, konieczności leczenia, wprowadzania w życie zmian prozdrowotnych, czyli coś, co psychologowie nazywają postawą wobec chorób i leczenia.

Lekarz nie zawsze ma wystarczający wpływ na czynniki obiektywne, zawsze jednak może starać się wpływać na czynniki subiektywne poprzez świadome wykorzystywanie specjalnych umiejętności – umiejętności wywierania wpływu społecznego. Prof. Dariusz Doliński w książce pt. „Psychologia wpływu społecznego” definiuje wpływ

społeczny jako proces, w wyniku którego dochodzi do zmian w zachowaniu, postawach i doświadczanych emocjach lub stanach motywacyjnych. Do chwilowej zmiany czyjegoś zachowania wystarczy często jasny komunikat sformułowany jako polecenie lub prośba, gdy w grę wchodzi jednak nakłonienie do zachowania mającego trwać miesiące, lata lub pozostałą część życia potrzebna jest nie tylko wiedza, co i jak należy robić, ale także zmiana postawy.

Psychologiczna postawa wobec jakiegoś zjawiska, idei, osoby, problemu to ugruntowane, wartościujące przekonanie na jakiś temat, w tym przypadku na temat choroby, konieczności leczenia czy zachowania prozdrowotnego. Jeśli np. zmienimy przekonanie: *Gdy choroba nie daje objawów odczuwanych przez pacjenta, to nie trzeba jej leczyć* lub *Palenie nie szkodzi – mój ojciec i dziadek palili całe życie, a zmarli zupełnie z innego powodu*, to szanse, że pacjent zastosuje się do zaleceń, gwałtownie wzrosną. Człowiek tworzy postawy, opierając się: 1) na obserwacji własnego zachowania i zachowań innych osób – to tzw. komponent behawioralny; na racjonalnym myśleniu – komponent poznawczy (merytoryczny); na odczuwaniu określonych emocji i uczuć w związku z danym zjawiskiem – komponent emocjonalny.

Zagadnieniem zmiany postaw zajmowali się przez szereg lat badacze Uniwersytetu Yale, starając się znaleźć odpowiedź na pytanie: jak się komunikować, aby wywierać skuteczny wpływ na przekonania, zachowania i emocje innych ludzi. Oto do jakich doszli wniosków. Wybór skutecznej perswazyjnie formy i treści komunikowania się zależy od:

- 1) cech nadawcy komunikatu, czyli nas samych (źródło przekazu),
- 2) charakteru i cech przekazu,
- 3) cech odbiorcy komunikatu, czyli osoby, na którą chcemy wpłynąć.

Ad 1.

Ze źródłem przekazu związane jest pojęcie „wrażenia”, jakie wywieramy na rozmówcę poprzez swoje werbalne i niewerbalne zachowania. Wrażenie opiera się na czterech podstawowych składnikach: wiarygodności, sympatii, atrakcyjności interpersonalnej, stanowczości (asertywności). Wymiary wrażenia to także fundamenty dobrych relacji międzyludzkich – jeśli opierają się na zaufaniu (wiarygodności), wzajemnej sympatii, atrakcyjności oraz otwartości (asertywności) mają szansę być silne i satysfakcjonujące – więcej na ten temat pisa-

Tekst Dariusz Delikat

Lek. Dariusz Delikat

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletnią staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i Działem Szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko pojętych umiejętności psychologicznych. Od 3 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*), współpracownik Wrocławskiego Oddziału Uniwersytetu SWPS.

łem w artykule „Budowanie relacji z pacjentem – podstawa efektywnej współpracy”. Jeśli chcesz skutecznie przekonywać, zadбай o to, abyś był odbierany jako osoba wiarygodna, sympatyczna, atrakcyjna i stanowcza (asertywna).

Ad.2

Skuteczne przekonywanie związane jest z rodzajem używanych argumentów, kolejnością ich prezentowania, a także rodzajem stosowanego komunikatu (jedno- lub dwustronny). Do dyspozycji mamy dwa rodzaje argumentów – racjonalne (fakty, liczby, statystyki, procedury itp.) oraz emocjonalne (nacechowane emocjonalnie określenia, opisy sytuacji generujących emocje). Okazuje się, że w perswazji najbardziej pożądana jest mieszanka argumentacji racjonalno-emocjonalnej – taką postać ma tzw. język korzyści zawierający opis faktów (cech) wraz z ich przełożeniem na życie pacjenta np.: *Lek X stosowany jeden raz dziennie powoduje wyraźne i utrzymujące się całą dobę zmniejszenie ciśnienia tętniczego, dzięki czemu ryzyko powikłań, np. udaru, jest dużo mniejsze. Przyjmując lek regularnie, będzie Pan mógł cieszyć się sprawnością, wnukami... przez długie lata.*

Ważne jest, aby nasz rozmówca zapamiętał kluczowe kwestie. Warto mieć na uwadze, że pacjent lepiej pamięta te argumenty, które zostały zaprezentowane na początku rozmowy (efekt pierwszeństwa) i na końcu (efekt świeżości). Pożądane jest zatem, aby powtarzać kluczowe kwestie i sprawdzać, czy zostały zapamiętane.

Ważna jest także odpowiedź na pytanie: czy przekonując kogoś do czegoś, lepiej jest wytaczać argumenty potwierdzające wyłącznie nasze racje, czy też do beczki miodu trzeba dodać łyżkę dziegciu? (np. informując o objawach ubocznych czy innych niedogodnościach/ryzyku związanym z leczeniem) – wówczas mamy do czynienia z komunikatem dwustronnym. Okazuje się, że odpowiedź nie jest wcale prosta. Gdy rozmówca jest już częściowo przekonany do naszych racji, to należy wysuwać argumenty wyłącznie je wzmacniające (przekaz jednostronny), natomiast gdy interlokutor nie zgadza się z naszymi osądami, należy mówić o mocnych i słabych stronach naszego stanowiska (przekaz dwustronny).

Ad.3

Abby wywierać skuteczny wpływ na przekonania, zachowania i emocje innych ludzi trzeba uwzględnić cechy odbiorcy. Najważniejsze z nich to:

- znaczenie osobiste, czyli stopień ważności przedmiotu rozmowy dla rozmówcy. Im mocniej nasza argumentacja trafia w kluczowe potrzeby, wartości danej osoby, tym bardziej jesteśmy skuteczni.
- uwaga – jeśli uwaga rozmówcy jest rozproszona, dużo łatwiej przyjmie naszą argumentację. Nie znaczy to, że powinniśmy celowo wpływać na stopień koncentracji pacjenta – w gabinecie lekarskim jest wystarczająco dużo czynników rozpraszających. Ważne jest to, aby nie dać się zwieść wrażeniu, że pacjent został dostatecznie zmotywowany do działania – nasza argumentacja może być przekonująca, ale czy zostanie dobrze zapamiętana?
- inteligencja – co prawda nie wykonujemy pacjentom testów na inteligencję, ale doświadczone lekarskie oko i ucho pozwalają na wysnucie odpowiednich wniosków. Warto pamiętać, że komunikaty dwustronne lepiej trafiają do ludzi inteligentnych, wykształconych, natomiast komunikaty jednostronne do ludzi słabiej wyedukowanych.
- płeć – powszechnie uważa się, że argumenty emocjonalne działają skuteczniej na kobiety niż mężczyzn, to prawda, ale dzieje się tak głównie w przypadku reklamy. W sytuacjach „poważniejszych”, np. podczas rozmowy o zdrowiu, prawidłowość taka nie istnieje. Na przedstawicieli obojga płci najskuteczniej zadziała zatem mix argumentacji racjonalno-emocjonalnej.

Z powyższych rozważań, opartych na konkluzjach badaczy z Yale, wynika, że jeśli chcemy przekonać pacjenta do regularnego, wieloletniego stosowania leków czy zmiany zachowań na prozdrowotne, musimy:

- zastanowić się, z kim mamy do czynienia – co dla pacjenta jest ważne, czy jest to osoba odczytana, wykształcona, inteligentna, ile wie na temat swojej choroby itd.;
- formułować wypowiedzi jako mix racjonalno-emocjonalny, powtarzać kluczowe kwestie i podsumowywać;
- wykorzystywać własne atrybuty tak, aby klimat rozmowy był ciepły i sympatyczny, a przekaz wiarygodny, konkretny, stanowczy i atrakcyjny (ciekawym) dla rozmówcy.

Nasza skuteczność wzrośnie, jeśli zalecenia będą prowadziły do ustanowienia celów. Zgodnie z badaniami Locke'a i Lathama oczekiwania formułowane jako cele do wykonania kierują uwagę na okre-

ślone związane z celem sytuacji (dostrzegamy czynniki sprzyjające realizacji celu): mobilizują do działania, zachęcają do wytrwałości, ułatwiają opracowanie strategii ich osiągnięcia. Aby jednak cel mógł tak oddziaływać, musi być: S (*Specific*) – dokładnie określony; M (*Measurable*) – mierzalny (powinien zawierać odpowiedź na pytanie, po czym poznamy, że został osiągnięty); A (*Ambitious*) – ambitny (wykraczający poza dotychczasową rutynę); R (*Realistic*) – realny (możliwy do wykonania); T (*Time oriented*) – określony w czasie (posiadający wyraźne ramy czasowe). *Ma Pan mierzyć ciśnienie jeden raz dziennie, o stałej porze, np. o 18.00, przez 30 dni, licząc od dzisiaj, i zapisywać jego wynik w tej książeczce.*

I kolejna kwestia, której nie sposób pominąć, przedstawiając sposoby podnoszenia umiejętności perswazyjnych – automatyzmy, czyli niezależne od woli zachowania pojawiające się w wyniku działania określonych, typowych bodźców. Z pewnością znane są Państwu z życia codziennego, a opisywane szeroko przez Roberta Cialdiniego w książce pt. „Wysieranie wpływu na ludzi”:

- reguła wzajemności – jeśli ktoś zrobi dla ciebie coś dobrego, natychmiast rodzi się w tobie pragnienie, by mu się odwzajemnić. **Zrób zatem coś, co pacjent potraktuje jak podarunek (poświęcenie dodatkowego czasu, pochwała, próbka leku...);**
- reguła zaangażowania i konsekwencji – jeśli deklarujesz ustnie lub pisemnie, że zajmujesz określone stanowisko w danej sprawie, będziesz za wszelką cenę dążył do obrony tego stanowiska, niezależnie od tego, czy jest ono słuszne czy nie. **Wymagaj więc od pacjenta deklaracji, że będzie przestrzegał zaleceń. W przypadku zmiany nawyków wprowadzaj je stopniowo** (np. jeśli celem jest zwiększenie aktywności fizycznej – codzienny godzinny marsz, zacznij od 30 minut spaceru co drugi dzień itp.;

”

Rozmowa lekarza z pacjentem jest kluczem, nie tylko do postawienia trafnej diagnozy, zaordynowania odpowiedniego leczenia, ale także okazją do zbudowania pozytywnej postawy wobec lekarza i jego zaleceń, czego efektem będzie dobra współpraca. Profesjonalizm lekarza polega nie tylko na znajomości medycznych procedur, ale także na znajomości i świadomym wykorzystywaniu technik wpływu społecznego.

“

- reguła kontrastu – jeśli dwie rzeczy różnią się od siebie, to percepcja różnicy powiększy się, gdy te rzeczy zestawimy w czasie i przestrzeni. Jeśli więc sięgasz po porównania, **pokażuj je jedno po drugim lub obok siebie;**
- reguła sympatii – jeśli ktoś, kogo lubisz i uważasz, że ma na względzie twoje dobro, prosi cię o coś, prawdopodobnie spełnisz jego prośbę. **Spraw, aby pacjent obdarzył cię sympatią – gdy tak się stanie, twoje wyraźnie sprecyzowane oczekiwania, będą chętniej wykonywane;**
- reguła limitu – coś, co występuje w ograniczonej ilości lub jest trudniej dostępne, wydaje się bardziej atrakcyjne niż to, czego mamy pod dostatkiem. **Jeśli uznasz to za przydatne w danej sytuacji, wskaż, że twoja propozycja podlega presji czasu lub ilości (np. warto przypomnieć, jak długo oczekuje się na wizytę u specjalisty);**
- reguła konformizmu – wiele osób aprobuje określone rozwiązania, tylko dlatego że są one akceptowane i stosowane przez większość. **Odwołuj się do badań, trendów, grupowych przykładów;**
- reguła władzy (autorytetu) – ludzie/institucje, którzy postrzegani są jako posiadający autorytet, siłę, władzę, mają większy wpływ na innych. **Odwołuj się do konkretnych, indywidualnych przykładów – znani naukowcy, profesorowie, uczelnie;**
- reguła atrakcyjności – zwykle jesteśmy zwolennikami idei (także produktów, usług), które popierają, używają lub pokazują osoby, które lubimy i szanujemy. **Odwołuj się do przykładów zachowań znanych, atrakcyjnych, lubianych osób.**

Badania psychologów społecznych dowodzą, że pacjenci są bardziej skorzy do przestrzegania zaleceń lekarskich, gdy medyk uzasadnia potrzebę leczenia pacjenta. Co jednak ciekawe, kluczową rolę odgrywa w tym przypadku nie tyle samo uzasadnienie, co jego składnia, np. *Proszę przyjmować lek X, ponieważ...; Będzie pan... bo zależy nam na...*

Polscy psycholodzy prof. Dariusz Doliński i Ryszard Nawrat zbadali i opisali mechanizm działania tzw. huśtawki emocjonalnej. Polega on



na wprowadzeniu osoby w stan lęku, następnie po nieoczekiwanym i nagłym wycofaniu bodźca wywołującego daną emocję, następuje ulga, której towarzyszy stan bezrefleksyjności. Owa sekwencja emocji sprawia, że osoba poddana tej technice jest bardziej podatna na oddziaływanie perswazyjne.

Wniosek praktyczny: najpierw wywołaj lęk/strach, a następnie wycofaj negatywny bodziec (wskaż rozwiązanie, dzięki któremu pacjent dozna ulgi). To z pewnością metoda znana każdemu lekarzowi.

I ostatnia uwaga dotycząca perswazji. Bywa tak, że stosowane techniki perswazyjne nie są w stanie przekonać kogoś do naszej propozycji. Niekiedy przynoszą skutek odwrotny do zamierzonego – utwierdzają rozmówcę w dotychczasowych opiniach. To zjawisko naturalne – reakcja, czyli dążenie w kierunku przeciwnym niż narzucany, pojawiające się zawsze, gdy na odbiorcę komunikatu perswazyjnego wywierana jest zbyt intensywna presja. **Nie naciskajmy zatem zbyt mocno.**

A teraz przyjrzyjmy się dwóm sytuacjom rozmowy lekarza z pacjentem.

Do lekarza rodzinnego zgłosił się p. Jan Kowalski, 56-letni szef niewielkiej firmy budowlanej. Pacjent od roku choruje na nadciśnienie. Żonaty, ma 2 synów i 2 wnuków.

Sценка 1.

P: Dzień dobry Panie Doktorze.

L: Dzień dobry, proszę siadać. Co Pana sprowadza?

P: Przyszedłem, ponieważ nadal mam problem z ciśnieniem – w zeszłym tygodniu miałem wizytę u lekarza medycyny pracy. Zmierzono mi ciśnienie – było bardzo wysokie, dostałem tabletkę i unormowało się, ale zaświadczenie o zdolności do pracy mam tylko na 6 miesięcy. Pani Doktor kazała się zgłosić do lekarza rodzinnego, no i – jestem.

L: Panie Kowalski, Pan przecież wie, że choruje Pan na nadciśnienie, rozmawialiśmy o tym dwukrotnie – to choroba, którą trzeba leczyć cały czas, do końca życia. Nie było Pana u mnie chyba pół roku. Brał Pan w tym czasie jakieś leki?

P: Nie brałem, czułem się dobrze, po co zawracać Panu głowę, jeśli wszystko jest w porządku.

L: Proszę Pana, zachowuje się Pan jak dziecko – przecież mówiłem Panu, że nadciśnienie to choroba postępująca skrycie, przez długi czas nie daje objawów, aż wreszcie spowoduje udar lub inną ciężką chorobę, i wtedy będzie już za późno.

Proszę się rozebrać, zbadam Pana, zmierzmy ciśnienie.

Po zbadaniu pacjenta...

L: Osluchowo bez zmian, ciśnienie 160/100 – dalej nie dobre, EKG – może być.

Panie Kowalski, zapisuję Panu dwa leki: X będzie Pan brał dwa razy dziennie, Y jeden raz – rano, leki musi Pan brać aż się skończą, przed końcem koniecznie musi się Pan zgłosić na kontrolę. Ma pan ciśnieniomierz?

P: Nie.

L: Proszę go kupić. Musi Pan mierzyć ciśnienie chociaż jeden raz dziennie, wynik proszę zapisywać, następnym razem pokaże mi Pan dzienniczek.

P: Dobrze Panie Doktorze, obiecuję poprawę.

L: Trzymam Pana za słowo, do widzenia.

Co można zmienić, by w większym stopniu wpłynąć na postępowanie pacjenta?

1. Lekarz przyjął paternalistyczny model prowadzenia rozmowy (rozmawia z pacjentem jak rodzic z niesubordynowanym dzieckiem lub nauczyciel z uczniem). Niewykluczone, że na niektóre osoby taki sposób prowadzenia rozmowy zadziała, zazwyczaj jednak ważniejsze są akcenty pokazujące zainteresowanie, troskę, wyrozumiałość. Konsekwencją przyjętego paternalistycznego stylu rozmowy jest deprecjonująca pacjenta wypowiedź: *Zachowuje się Pan jak dziecko, co może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego – zamiast spowodować zmianę dotychczasowego zachowania, na zasadzie przekory i buntu, wzmocnił go.*
2. Lekarz nie poszukuje przyczyn niefrasobliwego podejścia do choroby.
3. Nie zadaje sobie trudu zmiany postawy pacjenta wobec choroby. Wprawdzie po wypowiedzi: *Po co zawracać Panu głowę, jeśli wszystko jest w porządku* próbuje przekonywać, ale argumentacja ma charakter nieco ogólnikowy i nie odnosi się do konkretnej sytuacji chorego.
4. Lekarz nie sprawdza, czy pacjent wszystko rozumie i pamięta.
5. Lekarz nie stosuje technik wpływu społecznego, np. nie zawiera kontraktu z pacjentem (wykorzystanie reguły zaangażowania

i konsekwencji) i nie prosi go o jasną deklarację, co będzie robił po tej wizycie.

A teraz rozmowa lekarza, który wziął sobie do serca komentarze psychologa odnoszące się do prowadzenia rozmowy z pacjentem.

Sценка 2.

P: Dzień dobry Panie Doktorze.

L: Dzień dobry, proszę siadać. Co Pana sprowadza?

P: Przyszedłem, ponieważ nadal mam problem z ciśnieniem – w zeszłym tygodniu miałem wizytę u lekarza medycyny pracy. Zmierzono mi ciśnienie – było bardzo wysokie, dostałem tabletkę i unormowało się, ale zaświadczenie o zdolności do pracy mam tylko na 6 miesięcy. Pani Doktor kazała się zgłosić do lekarza rodzinnego, no i – jestem.

L: Panie Kowalski, choruje Pan na nadciśnienie, rozmawialiśmy o tym dwukrotnie, przedstawiałem Panu przyczyny choroby, jej konsekwencje i podkreślałem – to choroba, którą trzeba leczyć cały czas, do końca życia. Zalecałem wizyty kontrolne. Co było przyczyną Pańskiej bodaj półrocznej absencji?

P: Jestem bardzo zapracowany, teraz mamy boom budowlany, brakuje pracowników, a trzeba także pomóc w domu – po godzinach remontuję mieszkanie córki – mam już drugiego wnuka.

L: Brał Pan w tym czasie jakieś leki?

P: Nie brałem, czułem się dobrze, po co zawracać Panu głowę, jeśli wszystko jest w porządku.

L: Panie Kowalski – nadciśnienie to choroba postępująca skrycie, przez długi czas nie daje objawów, mechanizm powstających szkód jest taki sam jak w każdym systemie zamkniętym, jeśli np. podwyższymy i utrzymywamy będziemy wysokie ciśnienie w centralnym ogrzewaniu, dojdzie do uszkodzenia jakiegoś przewodu czy rurki – ciśnienia nie widać aż do momentu wystąpienia awarii. W naszym organizmie awarią będzie udar lub inna ciężka choroba. Może stać się Pan niesamodzielny – i co będzie wówczas z firmą? A wnuki – nie chce Pan widzieć, jak dorastają?

P: (Ze spuszczoną głową) Jasne, obiecuję poprawę.

L: Proszę się rozebrać, zbadam Pana, zmierzmy ciśnienie.

Po zbadaniu pacjenta...

L: Osluchowo bez zmian, ciśnienie 160/100 – za wysokie, EKG – zapis prawidłowy. Panie Kowalski, zapisuję Panu dwa leki: X będzie Pan brał dwa razy dziennie, Y jeden raz – rano, leki musi Pan brać codziennie – tylko ich regularne przyjmowanie będzie skutecznie obniżało ciśnienie i będzie Pana chronić przed „awarią”. Czy ma Pan ciśnieniomierz?

P: Nie.

L: Proszę go kupić. Musi Pan mierzyć ciśnienie chociaż jeden raz dziennie, wynik proszę zapisywać w tej książeczce – dzięki temu będziemy mogli monitorować skuteczność leczenia. Następnym razem pokaże mi Pan wyniki. Proszę także ograniczyć ilość spożywanej soli. To co, proszę tu są recepty i zalecenia. A teraz proszę powiedzieć mi, na co się umawiamy – co ma Pan robić?

P: Od dzisiaj przyjmuję dwa leki – zgodnie z zaleceniem, mierzę ciśnienie i wynik zapisuję w książeczce, za miesiąc jestem u Pana Doktora, no i używam mniej soli.

L: Trzymam Pana za słowo. A tu, proszę, opakowanie leku X i Y kupi Pan w aptece.

P: Dziękuję. Do widzenia.

L: Do widzenia.

Ewentualne modyfikacje treści rozmowy pozostawiam w Państwa gestii.

Rozmowa lekarza z pacjentem jest kluczem, nie tylko do postawienia trafnej diagnozy, zaordynowania odpowiedniego leczenia, ale także okazją do zbudowania pozytywnej postawy wobec lekarza i jego zaleceń, czego efektem będzie dobra współpraca. Profesjonalizm lekarza polega nie tylko na znajomości medycznych procedur, ale także na znajomości i świadomym wykorzystywaniu technik wpływu społecznego.

Literatura

1. Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
2. Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
3. Doliński D., *Techniki wpływu społecznego*, WN Scholar, Warszawa 2005.
4. Doliński D., *Psychologia wpływu społecznego*, Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum, Wrocław 2000.
5. World Health Organization (2003), *Adherence to long-term therapies: evidence for action* (PDF), Geneva: World Health Organisation.



ZJAZD KOLEŻEŃSKI ROCZNIK 1968

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w Augustowie w dniach 16-18 września 2016 r.

Program zjazdu

16 września 2016 r. (piątek)

Zakwaterowanie w ośrodku „BPIS” w Augustowie-Borki, ul. Wczasowa 1
godz. 19.00 Spotkanie przy ognisku i muzyce

17 września 2016 r. (sobota)

godz. 9.00-17.00 Wycieczka autokarowa po Suwalszczyźnie
godz. 19.00 Uroczysta kolacja w ośrodku „BPIS”

18 września 2016 r. (niedziela)

Ok. godz. 10.00 spotkanie z przewodnikiem, przejeżdżamy przez centrum Augustowa obok śluzy „Augustów”
wycieczka od godz. 10.00 do 17.00 (w programie m.in. zwiedzanie w Studzienicznej Sanktuarium Matki Bożej i szlak Kanału Augustowskiego)
ok. godz. 13.00 obiad w karczmie „Starożyn”
ok. godz. 17.00 powrót do Augustowa

Koszt całego spotkania, dla jednego uczestnika, wynosi 450 zł (w tym wycieczka do Suwałk i wycieczka szlakiem Kanału Augustowskiego).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.07.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1968” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec.

Istnieje możliwość zwiedzenia Wilna i Trok (dodatkowy koszt – 120 zł).

Pytania dotyczące programu zjazdu prosimy kierować na adres e-mail:
ewamilasz@gmail.com lub wpj@poczta.onet.pl

Organizatorki
Ewa Miłaszewicz-Jarkiewicz,
Wanda Poradowska-Jeszke

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1986

30 LAT PO DYPLOMIE!

19 listopada 2016 r. (sobota), godz. 19.00
Haston City Hotel
51-117 Wrocław, ul. Irysowa 1-3

Szanowne Koleżanki, szanowni Koledzy!
Osoby zainteresowane udziałem w spotkaniu towarzyskim proszone są o dokonywanie wpłat w wysokości **250 zł** od osoby na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 30.09.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1986” (prosimy o podanie danych uczestnika/uczestników) lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze).

Komitet Organizacyjny
Dorota Kustrzycka-Kratochwil
(e-mail: dkratochwil@plusnet.pl),
Halina Jamroży-Morawiak
(e-mail: hala.morawiak@interia.pl),
Hanna Gerber (e-mail: hanna.gerber@wp.pl)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1996

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które

odbędzie się w dniach 23-25 września 2016 r. w hotelu „Kudowa”**** (ul. Buczka 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

23 września 2016 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

24 września 2016 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe
godz. 15.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

25 września 2016 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela z noclegami	– 450 zł,
sobota-niedziela z noclegiem	– 350 zł,
piątek-sobota z noclegiem	– 250 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001
do 31.07.2016 r. z dopiskiem „Zjazd 1996 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panieńskiego.

UWAGA!!! W hotelu zapewnione jest bezpłatne korzystanie ze strefy SPA (basen kryty z atrakcjami, jacuzzi, świat saun), jak również dostęp do bezprzewodowego internetu oraz duży, bezpłatny, monitorowany parking. Ponadto uczestnicy zjazdu mają zapewnione 15 proc. zniżki na zabiegi w SPA.

Za Komitet Organizacyjny
Urszula Kołpa, Krzysztof Szymczak,
Zbigniew Winkel

**Bliższych informacji udziela: Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu,
tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl**

V RAJD KARKONOSKI

Mariola Sędzimirska i Dariusz Zabłocki zapraszają na V Jubileuszowy Rajd Karkonoski, który odbędzie się tradycyjnie w ostatni weekend września: **23-25.09.2016 r.** w „Ameryce”. Całkowity koszt imprezy (2 noclegi, 2 śniadania, jedna obiadokolacja) wynosi **200 zł**. Prosimy o dokonywanie wpłat na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:
17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31 lipca 2016 r. z dopiskiem „V Rajd Karkonoski”.

Mariola i Darek

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU ROCZNIK 1981

Zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu – rocznik 1975-1981 – na spotkanie „35 lat minęło”, które odbędzie się **15 października 2016 r.**

Miejsce spotkania: restauracja/hotel „Meridian’s”, ul. Litewska 22, Poznań
Rozpoczęcie spotkania: godz. 16.00

Wszystkie informacje i zapisy na stronie:
www.absolvenci1981-poznan-am.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego
Jerzy Harasymczuk



Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 14 kwietnia 2016 roku

NR 47/2016

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 48/2016

w sprawie upoważnienia p.o. prezesa DRL do złożenia wniosku o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL form doskonalenia zawodowego
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu upoważnia p.o. prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego do wystąpienia z wnioskiem do Naczelnej Izby Lekarskiej o przyznanie dotacji na zorganizowanie przez DIL w II półroczu 2016 r. form doskonalenia zawodowego.

NR 49/2016

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. Andrea Mura-tore oraz dr. Andrea Valentino Failla z On-cological Surgical Department of Candiolo Cancer Institute Turyn Włochy w dniach 5-7 maja 2016 r. w konsylium lekarskim na temat nowej techniki leczenia raka odbyty-nicy i wykonywanie zabiegów operacyj-nych, których potrzeba wynika z tego kon-sylium, w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu w ramach Międzynarodowej Konferencji European Digestive Surgery, na zaproszenie dyrektora Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego dr. hab. n. med.

Adama Maciejczyka oraz kierownika warsz-tatów prof. dr. hab. Marka Bębenka.

NR 50/2016

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 51/2016

w sprawie odpisu aktualizacyjnego za niezapłacone składki członkowskie
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zatwierdza odpis aktualizacyjny na nie-zapłacone składki członkowskie za 2014 i 2015 rok i należność od kontrahentów na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w kwocie 604 624,31 zł.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 5 maja 2016 roku

NR 53/2016

w sprawie zatwierdzenia wyboru inwestora zastępczego do realizacji remontu budynku przy al. Matejki 6 i 6b we Wrocławiu
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zatwierdza wybór inwesto-ra zastępczego pod nazwą Jordan Biuro Usług Inwestycyjno-Tech-nicznych, który zapewni realizację remontu budynku przy al. Matej-ki 6 i 6b we Wrocławiu.

NR 54/2016

w sprawie upoważnienia do wyboru wykonawcy remontu budynku przy al. Matejki 6 i 6b we Wrocławiu
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu upoważnia zespół ds. re-montu budynku przy al. Matejki 6 i 6b we Wrocławiu, wraz z inwe-storem zastępczym Jordan Biuro Usług Inwestycyjno-Technicznych, do wyboru wykonawcy, który przeprowadzi remont budynku przy al. Matejki 6 i 6b we Wrocławiu.

NR 56-57/2016

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 58/2016

w sprawie zwrotu kosztu refundacji recept w związku z „protestem pieczętkowym”
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na zwrot kosztu refundacji recept w związku z „protestem pieczętkowym”, w wysokości 10 000 zł, dla dr n. med. (...).

NR 59/2016

w sprawie zmiany statutu Fundacji dla Wiedzy i Mądrości
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonuje zmiany statutu Fundacji dla Wiedzy i Mądrości, z siedzibą we Wrocławiu, stanowią-cego załącznik do uchwały nr 194/2014 DRL z dnia 9 października 2014 r., w następujący sposób: W § 6 statutu Fundacji „Cele Fundacji i sposoby ich realizacji” dopisuje się pkt 15 w brzmieniu: działalność integracyjna na rzecz środowiska medycznego.

§ 2

Tekst jednolity statutu Fundacji stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

NR 60/2016

w sprawie opinii dot. kandydata na konsultanta
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kan-dydaturę dr n. med. Moniki Szewczuk-Bogusławskiej na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

NR 61/2016

w sprawie wynajmu środków transportu na przejazd delegatów na Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na wynaję-cie od firmy Ariwa-Bus Żelubowski Adrian Wrocław, ul. Berbersowa 48, dwóch środków transportu (bus i autokar) na przewóz delegatów na Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd Lekarzy w dniach 13-15 maja 2016 r., na kwotę 5 800 zł brutto.

Stanowisko Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 5 maja 2016 roku

NR 1/2016

w sprawie zmiany porządku obrad Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wnioskuję o zmianę porządku obrad Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy i przeniesienie punktu dotyczącego aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, w tym zasad kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów, na pierwszy dzień obrad.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 19 maja 2016 roku

NR 62/2016

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 63/2016

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego prof. dr hab. n. med. Joanna Rymaszewska

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**ZAKAŻENIA HIV/AIDS
(tryb dotychczasowy)**
Termin kursu: 12-14.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

prof. dr hab. Brygida Knysz, dr Jacek Gąsiorowski
Miejsce kursu: Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**NEUROINFЕКCJE, NOWE CHOROBY ZAKAŻNE
I BIOTERRORYZM**
(tryb dotychczasowy i modułowy)
Termin kursu: 15-16.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Weronika Rymer, dr Aleksandra Szymczak

Miejsce kursu: Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w neonatologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

PROMOCJA ZDROWIA W PERINATOLOGII
Termin kursu: 12-14.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

dr hab. Barbara Królak-Olejnik, prof. nadzw.

Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 15 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w medycynie sądowej na kurs specjalizacyjny z listy CMKP:

POSTRZAŁY I WYBUCHY
Termin kursu: 12-14.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Jakub Trnka
Organizator kursu: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Miejsce kursu: ul. Mikulicza-Radeckiego 4, Wrocław
Liczba uczestników: 20 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI
W DZIEDZINIE CHOROBY ZAKAŻNYCH
(tryb modułowy)**
Termin kursu: 19-22.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

prof. dr hab. Brygida Knysz, lek. Bartosz Szetela
Miejsce kursu: Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w neonatologii oraz lekarzy pediatrów dyżurujących na oddziałach noworodkowych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**ZASADY RESUSCYTACJI NOWORODKA
(stary i nowy tryb)**
Termin kursu: 22.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

dr Małgorzata Czyżewska
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Neonatologii UMW, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 12 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**HEPATOLOGIA
(tryb modułowy)**
Termin kursu: 26-27.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

dr hab. Małgorzata Ingłot
Miejsce kursu: Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, ul. Wszystkich Świętych 2, Wrocław
Liczba miejsc: 20 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra Fizjoterapii UM we Wrocławiu zaprasza lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

**REHABILITACJA OSÓB
W WIEKU ROZWOJOWYM**
Termin kursu: 10-14.10.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Małgorzata Paprocka-Borowicz, prof. nadzw.
Organizator kursu: Katedra Fizjoterapii, ul. Grunwaldzka 2, Wrocław
Miejsce kursu: Katedra Fizjoterapii, Dolnośląska Izba Lekarska
Liczba uczestników: 25 osób
Kurs bezpłatny

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

**Programy kursów oraz zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl
Szczegółowych informacji udziela mgr Anna Zawłódzka, tel. 71 784 11 60 oraz e-mail: anna.zawlodzka@umed.wroc.pl**

Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w nefrologii na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

**WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI
W (DZIEDZINIE) NEFROLOGII**
Termin kursu: 26-30.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu:

prof. dr hab. Marian Klinger
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 20
Kurs bezpłatny – 30 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 31 lipca 2016 r.

Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych oraz zainteresowanych tematyką na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

CHOROBY PASOŻYTNICZE I TROPIKALNE
Termin kursu: 23.09.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr Maria Wesołowska, prof. dr hab. Brygida Knysz
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 30
Kurs bezpłatny – 6 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 21 sierpnia 2016 r.

I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy specjalizujących się w położnictwie i ginekologii dotychczasowym trybem na obowiązkowy kurs z listy CMKP:

DIAGNOSTYKA I TERAPIA PŁODU
Termin kursu: 10-14.10.2016 r., godz. 9.00

Kierownik naukowy kursu:

dr hab. Lidia Hirnle, prof. nadzw.
Miejsce kursu: I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa UMW, ul. Chałubińskiego 3, Wrocław
Liczba miejsc: 20
Kurs bezpłatny – 30 punktów edukacyjnych

Zgłoszenia na kurs do 31 sierpnia 2016 r.
STOMATOLOGIA

Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UM we Wrocławiu zapraszają lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się w chirurgii szczękowo-twarzowej trybem modułowym na obowiązkowy kurs z listy CMKP:

**ZŁAMANIA SZKIELETU
CZASZKOWO-TWARZOWEGO
– ICH ROZPOZNAWANIE,
KLASYFIKACJA I LECZENIE**
Termin kursu: 07-09.11.2016 r.

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Rafał Nowak
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, ul. Borowska 213, Wrocław
Liczba miejsc: 20

Zgłoszenia na kurs do 31 sierpnia 2016 r.

**Zapisy elektroniczne na stronie: www.zapisy.umed.wroc.pl
Szczegółowych informacji udziela mgr Elżbieta Adamczyk, tel. 71 784 11 57 oraz e-mail: elzbieta.adamczyk@umed.wroc.pl**



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny

„ETYCZNE MANIPULOWANIE, CZYLI JAK SKUTECZNIE WYWIERAĆ WPŁYW NA PACJENTÓW I WSPÓŁPRACOWNIKÓW”

który odbędzie się w następujących terminach:

I grupa 17 września 2016 r. (sobota)
III grupa 19 listopada 2016 r. (sobota)

II grupa 15 października 2016 r. (sobota)
IV grupa 10 grudnia 2016 r. (sobota)

w sali klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy **al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Wykładowca – lek. Dariusz Delikat, psycholog

Czas trwania kursu – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych)

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program kursu

Wywieranie wpływu, perswazja, manipulacja – to często zamiennie używane określenia. Prof. Marek Tokarz w swojej książce „Argumentacja, perswazja, manipulacja” pisze: „Manipulacja to ogół taktyk i trików właściwych dla perswazji niejawnej bez względu na ich ocenę moralną”. Inna definicja mówi: „Manipulacja to sterowanie ludźmi wbrew ich interesom, jak również wbrew ich woli, często bez udziału ich świadomości”. Jak widać manipulacji towarzyszą pejoratywne skojarzenia. Ale czy byłyby również takie, gdyby „sterowanie” albo „triki” służyły interesom manipulowanych?

Szkolenie dotyczy dobrej, zdrowej manipulacji, dzięki której obie strony odnoszą korzyści. Ta etyczna manipulacja to skuteczne wywieranie wpływu dające siłę skuteczności oddziaływania w realizacji celów zawodowych i prywatnych. Szkolenie umocni i rozwinie posiadane przez uczestników umiejętności wywierania wpływu oraz pozwoli na włączenie do „perswazyjnego portfolio” nowych subtelnych technik. Ważnym efektem szkolenia będzie także wzmocnienie indywidualnej odporności na manipulacyjne oddziaływania innych.

Część seminaryjna

- perswazja a manipulacja
- model perswazji Yale
- struktura postaw psychologicznych i sposoby ich kształtowania
- zachowania zwiększające skuteczność przekonywania
- argumentacja i konstrukcje komunikacyjne trwale zapamiętywane i wpływające na zmiany postaw
- prawa perswazji i ich praktyczne wykorzystywanie
- naiwne taktyki manipulacyjne (presja, szantaż, kłamstwo) i sposoby obrony przed nimi

Część praktyczna

- sposoby budowania autorytetu lekarza i wzmacniania własnej wiarygodności
- formułowanie przekonywujących komunikatów opartych na mieszanej argumentacji racjonalno-emocjonalnej
- dopasowywanie przekazu i zachowań do różnych pacjentów i współpracowników
- praktyczne wykorzystywanie praw perswazji i perswazyjnych konstrukcji językowych
- skuteczna obrona przed manipulacyjnymi zachowaniami pacjentów i współpracowników

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl. O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 25 osób.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaprasza na warsztaty

pt. „STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”

które odbędą się w następujących terminach:

17 września 2016 r. (sobota)
19 listopada 2016 r. (sobota)

15 października 2016 r. (sobota)
10 grudnia 2016 r. (sobota)

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy **al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Czas trwania szkolenia – 6 godzin (w tym 2 godziny zajęć seminaryjnych oraz 4 godziny zajęć praktycznych).

Wykładowcy: dr n. med. Jacek Smereka i lek. Marek Brodzki

Uczestnikowi warsztatów przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Program warsztatów

Część seminaryjna

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji 2010 – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające w istotnym stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych
4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdleniu wazowagalnym, niedociśnieniu ortostatycznym, zaburzeniach oddechowych, hipoglikemii, napadzie padaczkowym, anafilaksji, toksycznym działaniu leków miejscowo znieczulających
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciwwstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

Część praktyczna

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka)
4. Prawidłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski krtaniowej i I-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego – przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach proszone są o PISEMNE zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna liczba uczestników w jednym terminie – 18 osób.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz I Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję

pt. „DIETY ELIMINACYJNE – MODA CZY KONIECZNOŚĆ?”

która odbędzie się **22 listopada 2016 r. (wtorek) w godz. 9.00-14.00**
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy **al. Matejki 6** we Wrocławiu.

Kierownik naukowy konferencji – dr n. med. Ewa Willak-Janc

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników,
ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Program konferencji

godz. 9.00-9.30	Co o dietach eliminacyjnych u dzieci powie psychiatra? lek. Elżbieta Magnowska	godz. 11.30-12.00	Mikroflora jelitowa, klucz do zdrowia i choroby dr hab. Marzanna Bartoszewicz
godz. 9.30-10.00	Czy mleko może być przyczyną wielu schorzeń? dr n. med. Ewa Willak-Janc	godz. 12.00-12.30	Gospodarka plynowa – czy więcej zawsze oznacza lepiej? dr hab. Kinga Musiał
godz. 10.00-10.30	Wskazania do stosowania diety bezglutenowej dr n. med. Elżbieta Krzesiek	godz. 12.30-13.00	Fakty i mity o diecie w chorobach tarczycy dr n. med. Aleksander Basiak
godz. 10.30-11.00	Alergia a nietolerancja pokarmowa – o czym trzeba pamiętać? dr n. med. Ewa Willak-Janc	godz. 13.00-13.30	Fakty i mity o insulinooporności dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska
godz. 11.00-11.30	Przerwa	godz. 13.30-14.00	Dyskusja i zakończenie konferencji

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego. Zgłoszenie pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefonicznie pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.



INTEGRACJA SPECJALNOŚCI!



WIEK SENIORALNY A ZDROWIE PUBLICZNE

FARMAKOTERAPIA U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

FARMAKOEKONOMIKA

HOTEL MERCURE WROCŁAW CENTRUM | pl. Dominikański 1 | Wrocław

www.przekraczamygranice.pl

Tematy główne konferencji:

- ♦ Rola psychiatry w diagnostyce i leczeniu zaburzeń otępiennych
- ♦ Zaburzenia neurologiczne u osób z zespołami otępiennymi
- ♦ Zaburzenia w funkcjonowaniu narządów zmysłu u osób w wieku senioralnym
- ♦ Zaburzenia równowagi i chodu u osób z zaburzeniami otępiennymi
- ♦ Zaburzenia narządu ruchu u osób w wieku senioralnym
- ♦ Rola rehabilitacji w opiece nad osobami z zaburzeniami otępiennymi
- ♦ Opieka pielęgniarska u osób z zaburzeniami otępiennymi
- ♦ Aspekty psychologiczne w rodzinach osób z zaburzeniami otępiennymi
- ♦ Nowoczesne metody wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych
- ♦ Problemy internistyczne u osób w wieku senioralnym
- ♦ Zaburzenia otępienne w obecnym systemie opieki zdrowotnej w Polsce
- ♦ Aspekty prawne w przypadku osób w wieku senioralnym
- ♦ Współpraca interdyscyplinarna w opiece nad pacjentami z zaburzeniami otępiennymi - panel
- ♦ Problemy dermatologiczne wieku senioralnego
- ♦ Rola genetyki w badaniach nad problemami wieku senioralnego
- ♦ Rola stomatologa w opiece nad osobami w wieku senioralnym
- ♦ Problemy onkologiczne u osób w wieku senioralnym

Organizatorzy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii,
Chirurgii Głowy i Szyi
Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

Fundacja Ochrony Zdrowia Psychicznego
ul. Nożownicza 4/8, 50-119 Wrocław

Przewodniczący komitetu
naukowego i organizacyjnego:



prof. dr hab. Tomasz Kręcicki



prof. dr hab. Andrzej Kiejna

Współorganizator:

Fundacja Na Rzecz Rozwoju Nauki i Medycyny
ul. Nowowiejska 38, 50-315 Wrocław
tel.: +48 71 780 90 52, fax: +48 71 780 90 54
email: fundacja@fundacjanauki.pl
www.fundacjanauki.pl



Biuro organizatora:

InspireCongress Sp. z o.o.
ul. Nowowiejska 38, 50-315 Wrocław
tel.: +48 71 780 90 52, faks: +48 71 780 90 54
email: biuro@inspirecongress.pl
www.inspirecongress.pl





50. Jubileuszowe Sympozjum Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików

Tytuł sympozjum: „Od przeszłości do teraźniejszości...”

Termin: 5-8 września 2016 r.

Miejsce: Pałac Wojanów, Wojanów 9, 58-508 Jelenia Góra

Organizatorzy:

Polskie Towarzystwo Histochemików i Cytochemików,

Katedra i Zakład Histologii i Embriologii,

Fundacja Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Opłaty:

Wczesna rejestracja – do 30.06.2016 r.

Opłata pełna – 600 zł; studenci i doktoranci – 300 zł

Późna rejestracja – po 30.06.2016 r.

Opłata pełna – 700 zł; studenci i doktoranci – 400 zł

Uczestnicy sympozjum ponoszą koszt noclegów we własnym zakresie.

Orientacyjna cena noclegu – 1 miejsce w pokoju 2-osobowym ok. 140 zł/doba.

Rejestracja: streszczenia prac należy nadsyłać do 30.06.2016 r. za pośrednictwem strony internetowej sympozjum, po zalogowaniu się do „Panelu uczestnika” (opcja „Zgłoszenie pracy”).

Strona internetowa: <http://sympozjumthc2016.pl/zakwaterowanie.html>

Od przeszłości do teraźniejszości...



50 Sympozjum
Polskiego Towarzystwa
Histochemików i Cytochemików

Wojanów, 5 - 8 września 2016

www.sympozjumthc2016.pl



NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 11 maja 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskała **lek. Anna Weronika Zubkiewicz-Zarębska**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 11 maja 2016 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie biologia medyczna uzyskała **mgr inż. Maria Koziół**.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego UM we Wrocławiu 11 maja 2016 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinie medycyna uzyskały:

1. **dr Dorota Frydecka,**
2. **dr Jolanta Szelachowska.**

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu 22 kwietnia 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskały:

1. **lek. dent. Magdalena Barzyk,**
2. **lek. stom. Małgorzata Rzepecka-Skupień.**

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego UM we Wrocławiu 13 maja 2016 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał **lek. dent. Piotr Czyrski**.

20 kwietnia 2016 r. Rada Wydziału Lekarskiego II Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu nadała **lek. Dorocie Radziszewskiej** stopień naukowy doktora nauk medycznych z zakresu medycyny.

KOMUNIKAT

KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Zarząd Koła Lekarzy Seniorów DIL we Wrocławiu zaprasza Koleżanki i Kolegów, zamieszkałych we Wrocławiu i okolicy, do kontaktów z nami i uczestnictwa w naszych spotkaniach, dla wielu interesujących. Carpe diem! Chwytaj dzień! Nie marnuj ani chwili!

Kontakt z nami:

Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu,
p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze kolejne spotkanie, które odbędzie się **24 czerwca 2016 r. o godz. 11.00 w sali klubowej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– **Bajka o szarlatanizmie lekarskim.** – „Boston Med. and Surg. Journ.” podaje w postaci żarcika następującą powiastkę medyczną: „Pewien biedny, ale litościwy lekarz jadąc ciemnym lasem spostrzegł wynędzniałego i zdychającego psa. Tknięty litością wysiada z powozu głaszcze biedne stworzenie i podaje mu jadła i napoju, gdy nagle pies wstaje i przemienia się w piękność niewieściami, która proponuje doktorowi, aby żądał od niej jakiej pragnie sobie nagrody. Lekarz odpowiedział: „Jestem biednym a chciałbym być bogatym”. „Oto” powiada zjawisko „jest przepis na niezawodny środek przeciwko łysieniu. Świat cały należy teraz do Pana”. Obyśmy jak najdłużej byli wolni od kolegów, do których bajeczka ta stosować się może!

„Kronika Lekarska” 1884,
V, 1096



– W N-rze 12 Presse médicale z r. b. d-r Aleksander Fzaïcon, ordynator kliniki prof. Jurora w Jassach, podaje szczegółowy opis z ilustracjami jedynej w swoim rodzaju operacji lewostronnej przepukliny pachwinowej, dokonanej na sobie w znieczuleniu lędźwiowym za pomocą strychniny i stowainy. Operacja powiodła się. Autor i samooperator szczegółowo opisuje swoje sensacje w czasie zabiegu. Stwierdza, iż ból przy wstrzykiwaniu jest nieco większy, niż przy zastrzykiwaniu podskórnym. Władze umysłowe miał zachowane i mógł sam do końca doprowadzić samooperację. Operacja wypadła przed egzaminem doktorskim autora właśnie o znieczuleniu lędźwiowym.

„Medycyna i Kronika Lekarska”
1911, XLVI, 404

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta

Szanowny Kolego...

Kilkanaście lat temu, w Wigilię, napisał do mnie e-mail jeden z najwybitniejszych chirurgów polskich. Nigdy nie poznałem go osobiście. Dziękował mi za przysłanie pacjenta z rzadką chorobą, opisał przebieg operacji, prosił o dalszą opiekę pooperacyjną i kontakt odnośnie do postępowania terapeutycznego. Byłem głęboko poruszony. Siedzi sobie taki sławny gość w klinice w Wigilię i pisze do nieznanego sobie, dużo młodszego lekarza!

Taki sposób komunikacji między lekarzami jest bardzo popularny w wielu krajach. Listy mają bardzo uprzejmą formę, szczegółowo opisują stan pacjenta, rozpoznanie i sugestie dalszego leczenia. Są oczywiście pisane na klawiaturze (dawniej na maszynie)! Ileż to razy głowiliśmy się, co konsultant napisał, jak odcyfrować te bazgroły? Na szczęście coraz częściej konsultacje mają postać drukowaną... Nie chodzi tylko o suche stwierdzenia faktów medycznych, w ten sposób okazujemy sobie szacunek, uznajemy wzajemne kompetencje w leczeniu naszego pacjenta. Widziałem nawet takie gotowe wzory bardzo uprzejmych korespondencji – można wybrać styl staroświecki z elementami łaciny albo nowoczesny nasycony angielszczyzną. Do wyboru i koloru (czcionki).

Pozdrawiam Szanowne Koleżanki, rączki całuję, do nóżek padam.

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Synagoga „Pod Białym Bocianem” stała się miejscem niezwykle ciekawych wydarzeń artystycznych. Na początku maja, w ramach programu Europejskiej Stolicy Kultury Wrocław 2016, mieliśmy okazję wysłuchać koncertu „Pieśni wyrte w kamieniu” w języku ladino i jidysz. Językiem ladino posługiwali się Żydzi sefardyjscy, którzy po zniszczeniu przez Rzymian świątyni jerozolimskiej dotarli przez wybrzeże Afryki do Hiszpanii, gdzie odcisnęli wyraźne piętno na kulturze i architekturze Półwyspu Iberyjskiego. Natomiast języka jidysz używali Żydzi aszkenazyjscy, którzy osiedlili się w Europie Środkowej. Tym właśnie językiem mówiło prawie 3 miliony Żydów zamieszkujących nasz kraj przed wojną. Ladino i jidysz znajdują się obecnie na liście języków zagrożonych wymarciem. Czołową solistką wieczoru była wybitna wokalistka Bente Kahan, której zawdzięczamy doprowadzenie do końca remontu naszej wrocławskiej synagogi. Tym razem mogliśmy ją podziwiać w roli wspaniałej śpiewaczki. Brawurowo wykonała kilka pieśni w języku jidysz, potwierdzając tym samym, że jest artystką światowej klasy.

Pod koniec maja rozpoczął się – już po raz osiemnasty – Festiwal Kultury Żydowskiej „SIMCHA”. Miał on w tym roku bardzo wszechstronny charakter. Dziedziniec synagogi tętnił życiem, uczono tańców

żydowskich, serwowano tradycyjne żydowskie potrawy. Kulminacyjnymi momentami były nabożeństwo szabasowe i tradycyjna kolacja szabasowa na dziedzińcu synagogi. Dyrektor artystyczny festiwalu i jednocześnie dyrygent chóru synagogi „Pod Białym Bocianem” Stanisław Rybarczyk świętował wraz z zespołem dwudziestolecie istnienia chóru. W czasie koncertu galowego chórowi towarzyszył Josef Schwartz z Izraela, który zaskoczył obecnych w wypełnionej po brzegi synagodze skalą swojego głosu i bogatym repertuarem. Obejmował on nie tylko tradycyjne pieśni żydowskie, ale również współczesne utwory.

Niezwykle uroczysty charakter miały majowe Wieczory Pawłowskie połączone z benefisem ustępującego rektora Uniwersytetu Przyrodniczego prof. Romana Kołacza. Znam go jeszcze z czasów studenckich. Obaj działaliśmy w Zrzeszeniu Studentów Polskich. W trakcie 8 lat urzędowania uczynił z Uniwersytetu Przyrodniczego prestiżową uczelnię. Podczas koncertu, który skupił tłumy pracowników naukowych i przyjaciół rektora, na scenie wystąpili: Christian Danowicz, wirtuoz skrzypiec i dwoje śpiewaków Natalia Lubrano i Roman Kołakowski. Po koncercie życzeniem i gratulacjom nie było końca. A wszystko to przy suto zastawionych stołach, w pięknych pałacowych wnętrzach.

W nietypowym majowym terminie wrocławscy rotarianie zorganizowali bal „Nocy Letniej”. Przede wszystkim miał on na celu zebranie funduszy na dofinansowanie akcji ratowania dokumentów historycznych – 111 tomów z życzeniami podpisanymi w 1926 roku przez 5,5 mln mieszkańców Polski dla Amerykanów z okazji 150. rocznicy niepodległości USA. Nasi obywatele chcieli też w ten sposób okazać wdzięczność za pomoc udzieloną Polsce po zakończeniu I wojny światowej. Dokumenty te znajdują się w Bibliotece Kongresu Stanów Zjednoczonych. By nie uległy zniszczeniu, nie zostały nadzarpnięte zębem czasu, trzeba je digitalizować. Są one dowodem historycznych więzi naszych narodów, stanowią olbrzymią bazę do badań historycznych, socjologicznych i demograficznych. Zapisanie ich w formie elektronicznej będzie wkładem w ocalenie części naszej narodowej historii.

Bal zgromadził doborowe towarzystwo, został zorganizowany w Starej Garbarni i w wymiarze finansowym przyniósł spodziewany efekt. Rotarianie wsparli też realizowany od kilku lat projekt „Rowerów integracyjnych” przeznaczony dla niepełnosprawnych. Motto balu brzmiało: „Najpiękniejszą wiosną jest dobroć serca”, czego i Wam życzę.

Wasz Bywalec



Fot. z archiwum Rodziny

Specjalista chorób dzieci, kardiolog, twórca i wieloletni ordynator Oddziału Kardiologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

Dr n. med. Hanna Pikulska-Orłowska

22.06.1949-04.04.2016 r.

9 kwietnia 2016 roku w głębokim smutku i żalu, w bardzo licznym gronie rodziny, przyjaciół i pacjentów, pożegnaliśmy dr n. med. Hannę Pikulską-Orłowską.

Urodziła się 22 czerwca 1949 roku w Bydgoszczy. W wieku kilkunastu lat przeniosła się z rodzicami i siostrą do Wrocławia, z którym na stałe związała swoje życie. Po skończeniu IX LO podjęła studia medyczne na Akademii Medycznej we Wrocławiu (lata 1967/68-1972/73). 15 czerwca 1973 roku uzyskała tytuł lekarza. Po studiach pracowała jako pediatra w Klinice Kardiologii Dziecięcej Akademii Medycznej mieszczącej się przy ul. Hoene-Wrońskiego. Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskała 24 kwietnia 1981 roku. Następnie kontynuowała pracę jako doktor nauk medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, gdzie była twórcą i wieloletnim ordynatorem Oddziału Kardiologii Dziecięcej. Tytuł specjalisty drugiego stopnia z zakresu kardiologii otrzymała 17 kwietnia 2003 roku.

Była wspaniałym, przepelnionym poświęceniem lekarzem, człowiekiem o wielkim sercu, zawsze uśmiechnięta, pełna ciepła, serdeczności oraz troski o małych pacjentów. W pierwszej kolejności myślała o innych, na końcu o sobie. Praca z dziećmi i młodzieżą była zawsze jej wielką miłością, która dawała jej siłę i energię do poświęceń i działania. W młodości była aktywnym członkiem Związku Harcerstwa Polskiego. Wielokrotnie organizowała i prowadziła obozy harcerskie. Jako harcmistrz ZHP sumiennie i całym sercem wypełniała swoje obowiązki wynikające z przyrzeczenia harcerskiego. W wolnym od pracy czasie jeździła często w ukojane Tatry i do Zakopanego, gdzie wspólnie z rodziną oddawała się wędrówkom i aktywnemu wypoczynkowi. Oprócz gór jej pasją były morskie kąpiele w Grecji.

Zmarła w swoim szpitalu w poniedziałek, 4 kwietnia 2016 roku. Na zawsze pozostanie w naszej pamięci i w sercach – uśmiechnięta i dająca ten uśmiech innym.

Zawsze kochająca Ciebie Haniu Rodzina



Fot. z archiwum rodziny

Lek. Stanisław Kielar

08.02.1933-16.12.2015 r.

Lekarz specjalista pediatra, wieloletni ordynator Oddziału Dziecięcego i Oddziału Noworodków Szpitala Powiatowego w Jaworze

Stanisław Kielar urodził się we wsi Wysoka koło Łańcuta 8 lutego 1933 roku. Ukończył Liceum Ogólnokształcące w Łańcutie. W latach 1951-1957 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dyplom lekarza uzyskał w 1957 roku. Pierwszą pracę w charakterze lekarza podjął we Wrocławiu. Po odbyciu obowiązkowego stażu w 1958 roku otrzymał nakaz pracy w Szpitalu Powiatowym w Jaworze. Był to okres organizacyjny w służbie zdrowia, tworzenia sieci poradni dziecięcych, oddziału dziecięcego i punktu szczepień.

Doktor Stanisław Kielar był pionierem jaworskiej pediatrii. Przyjechał do Jawora z nakazu jako młody pełen energii człowiek i całe swoje życie osobiste i zawodowe związał z naszym miastem. W 1958 roku rozpoczął swoją lekarską drogę od lekarza stażysty, sukcesywnie kształcąc się, uzyskiwał kolejne stopnie specjalizacji z pediatrii. Po utworzeniu Oddziału Dziecięcego był jego wieloletnim ordynatorem, a następnie z docentem Waldemarem Maszkiewiczem utworzył Oddział Noworodków, którym kierował do czasu przejścia na emeryturę.

Doktor Stanisław Kielar za wieloletnią i aktywną działalność zawodową otrzymał wiele odznaczeń, m.in.:

- w 1963 roku dyplom za ofiarną pracę w zwalczaniu epidemii ospy na Dolnym Śląsku,
- w 1978 roku dyplom za ofiarną, pełną poświęcenia pracę zawodową i społeczną na rzecz rozwoju służby zdrowia województwa legnickiego,
- w 1982 roku dyplom za pracę na stanowisku ordynatora Oddziału Dziecięcego.

Pełnił wiele funkcji zawodowych, piastował stanowisko kierownika Wydziału Zdrowia w Jaworze, pracował w przychodni rejonowej i pogotowiu ratunkowym. Był bardzo aktywnym lekarzem nawet po przejściu na emeryturę. Wielu mieszkańców Jawora i okolic zawdzięcza mu życie.

Doktor Stanisław Kielar był wspaniałym człowiekiem, życzliwym i pogodnym. Lubił pomagać. Praca stanowiła Jego pasję. Należał do lekarzy tzw. „starej daty”, którzy nigdy nie odmawiali pomocy, niezależnie od pory dnia czy nocy (Wigilia, Sylwester jechał do pacjenta, nieraz wiele kilometrów). Był dobrym Szefem. Swoim pogodnym usposobieniem wnosił do pracy spokój i dobrą atmosferę. Potrafił też zachować umiar i cieszyć się życiem, kochał podróże. Lubił się bawić. Pamiętamy Go jako zawsze eleganckiego, uśmiechniętego, pełnego wewnętrznego ciepła i spokoju człowieka, mimo że Jego życie prywatne nie było wolne od problemów. Uśmiech nie schodził Mu z twarzy nawet w ostatnich tygodniach życia.

16 grudnia 2015 roku doszedł do końca swojej ziemskiej drogi. Pochowany został na cmentarzu komunalnym w Jaworze, żegnany przez rodzinę, przyjaciół, liczne grono koleżanek i kolegów lekarzy oraz pacjentów, mieszkańców Jawora i powiatu, dla których tak wiele dobrego zrobił w swojej codziennej trudnej pracy pediatrii.

Jaworska służba zdrowia straciła znakomitego specjalistę i społecznika, który całym sercem oddany był swoim małym pacjentom. Doktor Stanisław Kielar pozostanie w naszej pamięci jako wspaniały, szlachetny, pracowity, niezwykle skromny człowiek i lekarz.

Żegnaj Drogi Przyjacielu!

dr n. med. Czesława Bigus-Hołudowicz

Byla wspaniałym, przepelnionym poświęceniem lekarzem, człowiekiem o wielkim sercu, zawsze uśmiechnięta, pełna ciepła, serdeczności oraz troski o małych pacjentów. W pierwszej kolejności myślała o innych, na końcu o sobie. Praca z dziećmi i młodzieżą była zawsze jej wielką miłością, która dawała jej siłę i energię do poświęceń i działania. W młodości była aktywnym członkiem Związku Harcerstwa Polskiego. Wielokrotnie organizowała i prowadziła obozy harcerskie. Jako harcmistrz ZHP sumiennie i całym sercem wypełniała swoje obowiązki wynikające z przyrzeczenia harcerskiego. W wolnym od pracy czasie jeździła często w ukochane Tatry i do Zakopanego, gdzie wspólnie z rodziną oddawała się wędrówkom i aktywnemu wypoczynkowi. Oprócz gór jej pasją były morskie kąpiele w Grecji.

CZEŚĆ ICH PAMIĘCI!

Doktor Stanisław Kielar był pionierem jaworskiej pediatrii. Przyjechał do Jawora z nakazu jako młody pełen energii człowiek i całe swoje życie osobiste i zawodowe związał z naszym miastem. W 1958 roku rozpoczął swoją lekarską drogę od lekarza stażysty, sukcesywnie kształcąc się, uzyskiwał kolejne stopnie specjalizacji z pediatrii. Po utworzeniu Oddziału Dziecięcego był jego wieloletnim ordynatorem, a następnie z docentem Waldemarem Maszkiewiczem utworzył Oddział Noworodków, którym kierował do czasu przejścia na emeryturę.



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 22 maja 2016 r. odszedł od nas

dr n. med. Edmund Kuzinowicz

specjalista chirurg, b. adiunkt Kliniki Ortopedycznej AM we Wrocławiu

Wychodził się z północnych kresów Wileńszczyzny. Do Wrocławia trafił po wojnie, przez Słupsk, znalazł rodzinne przytulisko w Oltaszynie. W 1949 r. podjął studia lekarskie, ukończył je w 1954 r. W tym również roku zawarł związek małżeński z Anną Kmitto, koleżanką z tej samej klasy, a następnie pracował we wrocławskich szpitalach oraz na kontrakcie w Ugandzie i Libii. Doświadczenia afrykańskie były podstawą przygotowania i obrony pracy doktorskiej. Doskonalc się w swojej specjalności, opublikował kilkanaście prac naukowych i doniesień.



Fot. z archiwum „Medium”

W latach 70., po powrocie do Wrocławia, brał aktywny udział w działalności społecznej w szeregach Solidarności. 2 maja 1957 r. uczestniczył w strajku lekarzy w Szpitalu im. Józefa Rydygiera, a kilka dni później (27 maja) został współzałożycielem Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich – pierwszej samodzielnej korporacji lekarskiej. W 1980 r. uczestniczył w działaniach grupy Solidarności pracowników służby zdrowia. W latach 1981-1982 był członkiem Wrocławskiego Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego. W 2006 r. został członkiem honorowym Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich. Był publicystą, autorem szkiców historycznych i monograficznych, a także autorem książek „Z królewskiego miasta Dzisiaj przez Słupsk do Wrocławia (2008) i „Już zakwitły przebiśniegi. Spóźniona opowieść” (2014).

Uhonorowany Odznaką Świadka Historii oraz nagrodą im. Stefana Kuczyńskiego za działalność kulturotwórczą w środowisku lekarskim.

Przyjaciele

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr n. med. Edmunda Kuzinowicza

emerytowanego adiunkta Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, tegorocznego laureata nagrody im. dr. Stefana Kuczyńskiego przyznanej przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej, członka SLDiWMW, pasjonata historii, autora „kresowych” pamiętników pt. „Z królewskiego miasta Dzisiaj przez Słupsk do Wrocławia” i „Spóźniona opowieść”, cenionego i szanowanego lekarza, wychowawcę wielu pokoleń młodych ortopedów, autora 20 prac naukowych, organizatora Solidarności w środowisku wrocławskiej służby zdrowia.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim składa

Dolnośląska Rada Lekarska

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 22 maja 2016 r. odszedł na wieczny dyżur, ur. 4 września 1925 r.,

dr n. med. Edmund Kuzinowicz

Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie i Bliskim składa

przewodnicząca i członkowie Komisji Historycznej i Kultury DRL

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 28 kwietnia 2016 r. zmarł w wieku 97 lat,

prof. dr hab. Seweryn Łukasik

zaangażowany w działalność Dolnośląskiej Izby Lekarskiej od I kadencji, członek Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Komisja Historyczna i Kultury DRL

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 22 maja 2016 r. zmarł

dr n. med. Edmund Kuzinowicz

chirurg ortopeda, wieloletni zasłużony członek Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej.

Wyrazy szczerzego współczucia Żonie i Rodzinie składają

zarząd i członkowie Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w wieku 85 lat, żegnając się słowami „Idę spać...”, odeszła od nas najukochańsza Mama, Babcia i Prababcia śp.

lekarz stomatolog

Alicja Sławik

Na zawsze pozostanie w naszych sercach...

Pogrążona w smutku Rodzina

Dziękując Panu Bogu za dar życia św. pamięci

prof. dr. hab.

Seweryna Łukasika

mistrza sztuki lekarskiej dla wielu lekarzy kardiologów i internistów, człowieka wielkiej wiary i kultury, łączymy się we wspólnej modlitwie o dar wiecznego życia dla Niego. Niech dobry Bóg w swym miłosierdziu wybaczy mu ludzkie ułomności i przyjmie do swego Królestwa Niebieskiego.

Koleżanki i koledzy

z Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 22 marca 2016 r.
na cmentarzu parafialnym we Wrocławiu – Sępólnie
pożegnaliśmy naszego Kolegę

lek. Zbigniewa Koniecznego

specjalistę ginekologii i położnictwa
szpitala i przychodni w Jeleniej Górze

Koleżanki i koledzy VI rocznika AM we Wrocławiu

Z wielkim żalem żegnamy

dr. n. med.

Zbigniewa Kozłowskiego

Składamy wyrazy głębokiego współczucia Matce
– Pani dr n. med. Sydonii Kuczyńskiej-Kozłowskiej i Rodzinie
Kierownik i pracownicy Katedry i Zakładu Stomatologii
Zachowawczej i Dziecięcej

Z wielkim żalem zawiadamiamy, że 30 kwietnia 2016 r.
zmarł

dr n. med. Arkadiusz Słomka

lekarz pediatra, alergolog

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy,
że 27 kwietnia 2016 r. odszedł na wieczny dyżur

dr Andrzej Myśliwiec

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Bogatyni

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że zmarł

lek. Seweryn Pawłowicz

Wyrazy szczerego współczucia Żonie, Synowi oraz Rodzinie
składają
koleżanki i koledzy
z Koła Lekarzy Seniorów DIL w Wałbrzychu

Naszemu Koledze **lek. Zbigniewowi Kowalikowi**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają współpracownicy NZOZ „Pod Wierzbami”
w Dzierżoniowie

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 5 maja 2016 r.
zmarł, ur. 10 sierpnia 1963 r.,

dr n. med. Zbigniew Kozłowski

Wyrazy szczerego współczucia Matce dr n. med. Sydonii
Kuczyńskiej-Kozłowskiej
składa Komisja Historyczna i Kultury DRL

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 17 kwietnia 2016 r.
odeszła od nas nasza niezapomniana Koleżanka
śp.

lek. Maria Szymańska

wieloletni pediatra przychodni dziecięcej
Pogrążeni w smutku koleżanki i koledzy
NZOZ Multi-Medyk we Wrocławiu

Z żalem żegnamy zmarłego 22 kwietnia 2016 r.

dr. n. med.

Stefana Kwiatkowskiego

pierwszego przewodniczącego Komisji Współpracy
z Zagranicą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz wieloletniego wiceprzewodniczącego Komisji
Zakładowej NSZZ Solidarność Akademii Medycznej
i Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Komisja Historyczna i Kultury DRL

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Seweryna Pawłowicza

Żonie, Synowi oraz Rodzinie składamy wyrazy szczerego
współczucia
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

PODZIĘKOWANIE

Pragnę przekazać słowa podziękowania dla
dr. n. med. Grzegorza Kacprzaka z Oddzia-
łu Torakochirurgii Dolnośląskiego Centrum
Chorób Płuc we Wrocławiu, który troskli-
wie zaopiekował się **moją Mamą**. Dzięku-
ję zatem po stokroć. Z wyrazami ogromnej
wdzięczności i szacunku...

lek. Małgorzata Niemiec



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1325012/
Pezibear

BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30

czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

mgr Katarzyna Nazaruk – kierownik sekretariatu

tel. 71 798 80 52

inż. Magdalena Smolis – specjalista

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr Agnieszka Szymków – specjalista

tel. 71 798 80 54

Księgowość

mgr Agnieszka Floreka – główna księgowa,

tel. 71 798 80 87

mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70

mgr Joanna Marutzyk – starsza księgowa, tel. 71 798 80 73

mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Kadry, Komisja: Stomatologiczna,

Finansowa i Rewizyjna

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy

i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr Weronika Pawełkowicz – specjalista, tel. 71 798 80 57,

Joanna Zak – specjalista, tel. 71 798 80 60,

mgr Kamila Kaczyńska – referent, tel. 71 798 80 82

mgr inż. Weronika Sobolewska

– specjalista (71) 798 80 61

Pośrednictwo pracy

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Konkursy

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Ewa Świerka

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGZ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Kasa

Elżbieta Chmiel – starszy kasjer

poniedziałek, środa, piątek 8.00-14.30

wtorek 8.00-15.30, czwartek 8.00-16.00

Komisja Kształcenia Lekarzy

i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Komisja Bioetyczna

mgr Aneta Walulik – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielińska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

mgr Aleksandra Kolenda – specjalista, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – specjalista, tel. 71 798 80 76,

Grażyna Rudnicka – referent, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – starszy specjalista,

mgr Iwona Podoba – starszy referent, tel. 71 798 80 79.

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik, Jan Jóźwik – referent,

tel. 71 798 80 58

Składki na rzecz Izby

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65

Informatyka

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Małgorzata Nakraszewicz

czwartek, 14.00-15.00

Jelenia Góra

wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek

wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54

Eugenia Serba – starszy referent

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-13.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska

wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

tel. 74 665 61 62

Beata Człowska – specjalista

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

wiceprezes DRL ds. Delegatury Legnickiej

Ryszard Kepa

wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Klinika stomatologiczno-lekarska zatrudni lekarzy stomatologów oraz okulistów z możliwością kształcenia i rozwoju, tel. 71 31 64 028.

◆ SPZOZ Powiatowe Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy, ul. Leśna 31, zatrudni lekarzy do pracy w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej oraz w ramach specjalistycznego transportu sanitarnego. Lekarze realizują w ramach ww. opieki również wizyty domowe, tel. 74 85 00 990.

◆ Zatrudnię lekarza stomatologa – Wrocław, Łągowniki, Nowa Ruda (wymagana własna działalność), pacjenci tylko prywatni, e-mail: biuro@yesdent.pl, tel. 604 44 97 43.

◆ Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu, ul. Ziębicka 34-38, 50-507 Wrocław, poszukuje lekarzy systemu do udzielania świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych Zespołach Ratownictwa Medycznego. Forma zatrudnienia – umowa cywilnoprawna z praktyką lekarską. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontaktowanie się z Działem Kadr, tel. 71 77 31 521, 71 77 31 525, e-mail: kadry@pogotowie-ratunkowe.pl

◆ NZOZ w Twardogórze zatrudni stomatologa na 2-3 dni w tygodniu. Duża baza pacjentów; prywatnych i na NFZ. Warunki płacy do ustalenia, tel. 606 466 411.

◆ Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecniczy Provita sp. z o.o., ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław, zatrudni w wymiarze pełnego etatu na umowę o pracę lub na kontrakt lekarza specjalistę z zakresu: medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych do poradni POZ dla dorosłych, lekarza specjalistę z zakresu pediatrii do poradni POZ dla dzieci, tel. 71 325 27 08, 71 781 35 17, www. 210, 209; tel./fax 71 345 64 20.

◆ Centrum Medyczne Medycyna Pracy Wrocław przy ul. Grabiszynskiej 241C zatrudni lekarza okulistę z I lub II stopniem specjalizacji. Warunki do uzgodnienia, tel. 607 907 070.

◆ Nowocześnie wyposażony specjalistyczny ortodontyczny-chirurgiczny gabinet stomatologiczny (CBCT/OPG/RVG/CEREC/mikroskop) w Lubaniu (dolnośląskie) zatrudni młodego lekarza stomatologa – pracę pod mikroskopem, możliwości rozwoju zawodowego. Oferujemy pomoc w znalezieniu mieszkania. CV proszę przysłać na adres: stomatologvia@strzebscy@gmail.com, tel. 888 999 984.

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu nawiąże współpracę z lekarzami: lekarz stomatolog z doświadczeniem z zakresu stomatologii zachowawczej i protetyki, lekarz endodonta, implantolog. Oferty CV proszę przysłać na adres e-mail: aurident@wp.pl. Kontakt tel. 669 402 463 (po godz. 20.00).

◆ Unident Union Dental Spa & Medycyna Estetyczna we Wrocławiu poszukuje do współpracy doświadczonego stomatologa w zakresie wysoko estetycznej stomatologii adhezyjnej, protetyki stomatologicznej oraz endodoncji. CV ze zdjęciem proszę przysłać na adres: wojciech@unidentunion.com

◆ Gabinet stomatologiczny w Legnicy zatrudni stomatologa z minimum 3-letnim doświadczeniem zawodowym. Mile widziane umiejętności: ortodontyczne, protetyczne i endodontyczne. Gabinet bogato wyposażony, przyjazna atmosfera, tel. 782 452 782.

◆ Endodoncja pod mikroskopem – Gabinet Stomatologiczny Anna Dental Clinic w Bogatyni nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem zajmującym się endodoncją pod mikroskopem. Elastyczny czas pracy (2-5 dni). Bardzo dobre wyposażenie gabinetu oraz atrakcyjne wynagrodzenie. Możliwy nocleg w Bogatyni. Kontakt: tel. 604 556 227, e-mail: annadentalclinic@wp.pl

◆ Prywatne Centrum Stomatologiczne w Lubinie zatrudni stomatologa, ortodontę, chirurga lub pedodontę. Wymagana własna działalność gospodarcza. Pacjenci prywatni. Kontakt: tel. 691 490 106, e-mail: prezes31313131@gmail.com

◆ SPZOZ w Świdnicy zatrudni pilnie lekarza specjalistę neurologa lub w trakcie specjalizacji po drugim roku w formie umowy cywilnoprawnej na dyżury medyczne na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, tel. 748 517 400.

◆ Zatrudnię ortodontę w poradni ortodontycznej, nawiąże współpracę z chirurgiem i periodontologiem, tel. 663 732 554 (po godz. 19.00).

◆ W związku z dynamicznym rozwojem Kliniki „Platinum” we Wrocławiu zatrudni doświadczonych lekarzy stomatologów w dziedzinie chirurgii i implantoprotektiki. Klinika wyposażona jest w najnowocześniejszy sprzęt medyczny, e-mail: platinum.wawrznynbarbara@gmail.com

◆ NZOZ we Wrocławiu – rejon Psie Pole – zatrudni lekarza dentystę po stażu podyplomowym. Doświadczenie w pracy ambulatoryjnej. Usługi w ramach NFZ oraz zabiegi komercyjne. Oferty proszę przysłać na adres e-mailowy: krzycka92b@gmail.com

◆ Zatrudnię lekarza rodzinnego (również w trakcie specjalizacji) w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin do poradni POZ w Strzegomiu. Forma zatrudnienia oraz wynagrodzenie do uzgodnienia, tel. 603 33 70 20, e-mail: sekretariat@nzo2zdrowie.com.pl

◆ Zapraszamy do współpracy w Centrum Stomatologicznym Adental we Wrocławiu lekarza stomatologa z minimum 3-letnim stażem pracy, lekarza ortodontę, chirurga stomatologa oraz asystentkę stomatologiczną. Oferty wraz z CV proszę przysłać na adres: apraca@wp.pl

◆ Centrum stomatologiczne Miserante Dental we Wrocławiu podejmie współpracę ze stomatologiem ogólnym oraz ortodontą. Oferujemy pracę na umowę zlecenie, atrakcyjne wynagrodzenie. Placówka wyposażona jest w najwyższej jakości sprzęt i materiały. Praca z wykwalifikowaną asystą, pacjenci tylko prywatni. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt tel. 510 929 688 lub na adres: miserante@gmail.com

◆ Przychodnia Rejonowa w Chojnowie zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej do pracy w poradni POZ dla dzieci. Kontakt: tel. 606 833 668, e-mail: przychodnia-ch@wp.pl

◆ Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu (Krzyki) zatrudni lekarza stomatologa oraz lekarza stomatologa dziecięcego. Praca z pacjentami prywatnymi raz w tygodniu (wtorki, czwartki lub piątki po południu). Wymagana własna działalność gospodarcza. CV proszę przysłać na adres: bajkadent@wp.pl, tel. 713 907 048, 725 296 209.

◆ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wleniu zatrudni lekarza do pracy w POZ, kontakt telefoniczny: 604 876 506 lub 757 136 298.

◆ Poszukuję lekarzy stomatologów do pracy w prywatnych i nowoczesnych gabinetach stomatologicznych. Minimum 2 lata doświadczenia. Wymagana własna działalność. Lokalizacja Krzyki-Jagodno oraz Oleśnica – centrum. Bardzo dobre warunki zarobkowe, duża liczba pacjentów. W Oleśnicy preferowany endodonta. Praca na 4 ręce. Miła atmosfera. Zapraszam do współpracy. Kontakt: stoklosa@esthetic-dent.pl

◆ Klinika w okolicach Wrocławia zatrudni lekarza stomatologa. Pełne grafiki. Oferujemy pracę w doskonale wyposażonej klinice (pantomograf, rentgen + skaner, mikroskop, the Wand, wypełnianie cięklą gutaperką, praca na 4 ręce). Atrakcyjne wynagrodzenie. Klinika Uśmiechu – Brzeg Dolny. Odległość od centrum Wrocławia 40-45 minut. Osoby zainteresowane ofertą proszę o przesłanie CV na e-mail: klinika.usmiechu@gmail.com lub kontakt telefoniczny 600 423 612.

◆ Prywatna, nowoczesna przychodnia stomatologiczna nawiąże współpracę z lekarzem specjalistą ortodontą lub w trakcie specjalizacji z ortodontą. Praca 1-2 razy w miesiącu w Siechnicach, woj. dolnośląskie. Warunki finansowe do uzgodnienia. Więcej informacji pod numerami tel. 501 357 722, 509 838 755.

◆ Nowoczesny gabinet stomatologiczny, woj. dolnośląskie – północ, poszukuje do współpracy lekarza dentystę – głównie leczenie zachowawcze, chirurgia, 2 razy w tygodniu, wymagana własna działalność, tel. 608 458 411.

◆ Poszukujemy do pracy na 1/2 etatu lekarza ortodonty z minimum 5-letnim doświadczeniem zawodowym. Informacje pod nr. tel. 713 392 855.

◆ Zatrudnię stomatologa, umowa o pracę, kontrakt z NFZ i prywatnie, Łągowniki Dzierżoniowskie, tel. 503 140 169.

SZUKAM PRACY

◆ Pediatra szuka pracy, tel. 605 675 092.

◆ Lekarz specjalista ginekolog-położnik podejmie pracę w lecznictwie ambulatoryjnym we Wrocławiu, tel. 533 833 569.

INNE

◆ Do wynajęcia nowy, wyposażony gabinet stomatologiczny w Jeleniej Górze, telefon kontaktowy: 501 298 788.

◆ Sprzedam lub wydzierżawię klinikę stomatologiczną we Wrocławiu. 4 gabinety stomatologiczne w pełni wyposażone, pracownia RTG, pracownia protetyczna. Powierzchnia 200 m². Wysoki standard. Umowa z NFZ. Może być z częścią mieszkalną 200 m², działka 992 m², tel. 601 701 550.

◆ Sprzedam gabinet stomatologiczny 40 km od Wrocławia, dwustanowiskowy, kompletnie wyposażony, z umową z NFZ od 15 lat i dużą bazą pacjentów, tel. 697 621 817.

◆ Spółka z o.o. dobrze prosperująca – profil medyczny, lokal (gabinety) – 75 m² w Śródmieściu, dogodny dojazd, parking, wysoki standard – sprzedam lub inne propozycje, tel. 516 174 864.

◆ Sprzedam przychodnię w Bielawie z kontraktem POZ, tel. 509 326 026.

◆ Wynajmę w Jaworze lokal 160 m² na NZOZ (odpowiada wymogom) lub praktyki lekarskie, świetnie nadaje się również na centrum diagnostyczne. Atrakcyjna cena (media w cenie), tel. 602 55 75 45.

◆ Dowynajęcia gabinet na działalność medyczną, Wrocław, okolice Politechniki, tel. 502 779 297.

◆ Tanio sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego w Lubomierzu. Można nadal prowadzić działalność i ubiegać się o kontrakt z NFZ, tel. 608 041 115.

◆ Sprzedam pracującą USG SDU 450 SHIMADZU – 3 głowice: brzuszna, piersiowa, waginalna. Stan idealny, wideoprinter w komplecie. Cena – 6 500 zł (do negocjacji), Wrocław, tel. 601 420 840.

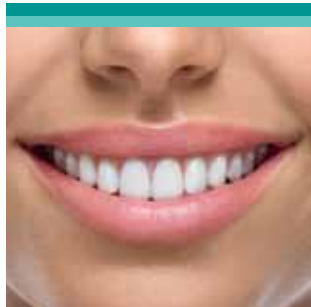
◆ Sprzedam fotel ginekologiczny, kardiograf i koagulator fotonowy do bezbolesnego usuwania nadżerek – wszystko w bardzo dobrym stanie, tel. 533 833 569.

◆ POZ do przejęcia, 35 km od Wrocławia. Telefon kontaktowy: 602 450 170.

◆ Wynajmę nowy, kompletnie wyposażony (RTG, unit Dentana z 2016 r.) gabinet stomatologiczny w Lubinie, województwo dolnośląskie, powierzchnia 40m²; parter z pełnym dostępem dla osób niepełnosprawnych. Cena brutto 1500 zł + media, tel. 609 967 070, e-mail: awalack9@gmail.com

AMADAR

Wszystko dla stomatologii
od 1997 roku



- unity
- radiologia
- CAD/CAM
- sterylizacja
- sprzedaż
- serwis

Autoryzowany
przedstawiciel m.in:

a1dec

sirona

PLANMECA **GETINGE**
GETINGE GROUP

Runyes

DÜRR DENTAL



tel.: 604-253-353
wroclaw@amadar.pl

www.amadar.pl

Terminy dyżurów

prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52.

wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba,
czwartek, 12.30-13.30

sekretarz DRL Urszula Kanaffa-Kilijańska,
poniedziałek, 15.00-16.00

skarbnik Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00

Delegatura Wrocław:

wiceprezes Małgorzata Nakraszewicz,
czwartek, 14.00-15.00

Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes Barbara Polek,
wtorek, 10.00-11.00

Delegatura Legnica:

wiceprezes Ryszard Kępa,
wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:

wiceprezes Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko,
czwartek, 14.00-17.00

przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Włodzimierz Wiśniewski, piątek, 11.00-13.00



**GÓRNOŁĄASKA WYŻSZA
SZKOŁA HANDLOWA**
Im. Wojciecha Korfańskiego w Katowicach



FENICE
Dermatology & Aesthetic Medicine



MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM MEDYCyny ESTETYCZNEJ

17-18 września 2016 r. Katowice, Teatr Śląski

- ✓ Wyjątkowa szansa na spotkanie z najlepszymi polskimi i zagranicznymi ekspertami medycyny estetycznej
- ✓ Wśród prelegentów światowe autorytety:
 - dr Roberto Pelliccia
 - dr Rômulo Mêne
 - dr George V. Oskarbski
 - dr. n. med. Katarzyna Skwara-Guzikowska
- ✓ Prezentujemy wyniki najnowszych badań naukowych, stosowane metody i techniki zabiegowe, studia przypadków



informacje oraz rejestracja:
www.gwsh.pl/sympozjum



BIEG 
UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO 2016

Bieg Uniwersytetu Medycznego 2016
odbędzie się **1 października 2016**,
start i meta przy USK, ul. Borowska
213. Dystans biegu to 10 km. Tak jak
w ubiegłym roku odbędą się:

- mistrzostwa lekarzy,
- mistrzostwa studentów i pracowników Uniwersytetu Medycznego,

- mistrzostwa pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, oraz po raz pierwszy
- mistrzostwa fizjoterapeutów.

Wszystkich biegaczy zapraszamy do
rejestracji na stronie:
www.bieg.umed.wroc.pl

EKONOMED

Księgowi – medycznie najlepsi

Specjalizujemy się w kompleksowej obsłudze
księgowej oraz kadrowo-płacowej
podmiotów medycznych

- Gwarantujemy • wiarygodność
• bezpieczeństwo • profesjonalizm,
• spersonalizowane podejście

Zapraszamy do kontaktu!

EKONOMED

Księgowa Obsługa Podmiotów Medycznych
ul. Ogrodowa 12A, 55-093 Kielciszów

- ☎ +48 607 671 761
- ✉ ekonomed@ekonomed.pl
- 🌐 www.ekonomed.pl





BEZTROSKE WAKACJE

SPRAWDŹ STAN SWOJEGO VOLVO ZA 95 ZŁ

Zanim wyruszysz w wakacyjną podróż, upewnij się, że Twoje Volvo też jest do niej w pełni gotowe. Teraz możesz skorzystać z przedwakacyjnej oferty serwisowej za jedyne 95 zł i odebrać 15% rabatu na części hamulcowe oraz 30% rabatu na ich wymianę.

Oferta ważna od 6 czerwca do 31 lipca.

www.volvocars.pl



INTER-CAR BIELANY
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Wrocławska 1
Bielany Wrocławskie

VOLVO CONCEPT STORE
Salon Volvo i Kawiarnia

pl. Kopernika 16, Opole
Solaris Center, poziom +4