



PANA CEUM

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi
Nr 2 (140)-Luty 2009

ISSN 1233-9938
egzemplarz bezpłatny

Łódź
Piotrków Trybunalski
Sieradz
Skierniewice

Opel Insignia. Odkryj wizję przyszłości.



www.opel.com.pl

Odkryj samochód roku 2009.
Zapraszamy do salonów Opla
na Wielką Premierę w dniach 6-8 lutego.



BSP
DEALER OPEL

18 lat w motoryzacji

www.opel-bsp.com.pl

Łódź,
ul. Pabianicka 94/96

salon: 042 681 16 98

serwis mechaniczny: 042 684 40 01

blacharnia-lakiernia: 042 684 86 77

Godziny pracy:

salon: pn.-pt. 9.00-18.00, sob. 10.00-15.00

serwis: pn.-pt. 6.00-22.00, sob. 7.00-15.00

Zużycie paliwa oraz emisja CO₂: Insignia 2.0 CDTI ECOTEC – 5,8 l/100 km, CO₂ 154 g/km (wg dyrektywy 1999/100/WE, cykl mieszany). Informacje na temat złomowania samochodu, przydatności do odzysku oraz recyklingu są dostępne pod adresem internetowym www.opel.com.pl.



Nasza okładka

W tym roku prezentujemy na naszych okładkach zdjęcia wykonane przez lekarzy. Okładkę „Panaceum” nr 2/2009 zdobi fotografia autorstwa Krystyny Pietrzyk zatytułowana „Zima w Arturówku”. Autorka jest lekarzem dentystą. Poza tym, że nie rozstaje się z aparatem fotograficznym, zwłaszcza podczas wędrówek po górskich szlakach, pasjonuje się również malarstwem. Jej prace można było oglądać na styczniowej wystawie w Klubie Lekarza.

PANACEUM

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3,
tel. 042 683 17 93 wew. 122,
faks 042 683 13 78
www.oil.lodz.pl
biuro@oil.lodz.pl

Kolegium redakcyjne:

Ryszard Golański (przewodniczący),
Stanisław Ciechowicz (wiceprzewodniczący),
Paweł Czekalski,
Elżbieta Falkowska-Bednarek,
Iwona Grzelewska-Rzymowska,
Patrycja Proc, Grażyna Rzepecka-Koniarek,
Adriana Sikora, Barbara Szeffer-Marcinkowska

Redaguje zespół:

Nina Smoleń
(redaktor odpowiedzialna),
Ewa Juszyńska-Poradecka
(współpraca)

Sekretariat:

Alina Paradowska
alina.paradowska@hipokrates.org

Skład komputerowy:

IMAGINARIUM Jakub Kierc

Druk:

SPRINT STUDIO Jarosław Szejner

Numer zamknięto:

28 stycznia 2009 r.

Nakład: 11 800 egz.

PANACEUM

nr 2 (140) – luty 2009

Spisane „na gorąco”

- 2** Nowy rok i... stare (nie zawsze) problemy
- 2** Stało się... jak zwykle co roku

Publicystyka, reportaż

- 3** Nikt nas nie zwolni z odpowiedzialności
O projekcie J. Gowina na Komisji Bioetycznej przy łódzkiej OIL
- 6** Zdrowie w liczbach i wskaźnikach
Lepiej zapobiegać, niż leczyć
- 9** Chcę normalnie zarabiać!

Kalendarium ORL

- 10** Z prac Prezydium
- 10** Indywidualne konta bankowe
- 11** Listy imienne
Wybory delegatów VI kadencji 2009–2013

Z życia środowiska

- 11** Bariery do pokonania
Łódzcy naukowcy z UM koordynatorami unijnego projektu badawczego
- 12** Niezwykła wigilia
- 12** Noworoczne koncerty Chóru UM w Łodzi
- 13** Odmowa na życie
Lekarze (i nie tylko) o ordynowaniu środków postkoitalnych

Blżej prawa

- 14** Bez kapci „Wstęp Bron”
Z lekarskiej wokandy
- 15** Wątpliwości wokół recept
- 15** RPO o kasach dla lekarzy i prawników

Z historii medycyny

- 20** S. Siniarski – kronikarz Wolborza
Portrety niepospolitych medyków

Nasze sprawy

- 21** Dni ustanowione czy przypisane
- 22** Podziękowania
- 23** Poradnik walentynkowy
Kronika towarzyska

Klub Lekarza

- 24** Strzał w dziesiątkę!
VII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

Sport

- 26** Jak Romeo leśniczego zdemaskował
Uroki jazdy konnej
- 27** Klub Jeździecki
- 27** Decydowały dogrywki
Turniej szachowy o Puchar Przewodniczącego ORL
- 28** Plebiscyt „Sportowiec – Lekarz 2008”
Faza finałowa

Klub Lekarza łódzkiej OIL zaprasza na:



Bal Kostiumowy,

który odbędzie się w sobotę 21 lutego br., początek – godz. 20.
Nie prześpij ostatniej karnawałowej nocy!
Zgłoszenia: Biuro OIL w Łodzi, tel. 042 683 17 93, w. 110.

...

Wystawę fotograficzną,

prezentującą ponad 80 zdjęć z Florencji – perły włoskiego renesansu, widzianej oczami *Juliana Linieckiego* – prof. dr. hab. n. med., specjalisty medycyny nuklearnej, emerytowanego pracownika Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz *Joanny Szumilewicz* – dr inż. n. chem. z Politechniki Łódzkiej.

Wernisaż wystawy odbędzie się w niedzielę 22 lutego br. o godz. 17.





Felieton Naczelnego

Nowy rok i... stare (nie zawsze) problemy

Pierwszy miesiąc nowego roku tradycyjnie przyniósł utarczki pomiędzy szpitalami a NFZ. Przedmiotem sporu była wartość punktu. Wiele szpitali nie chciało podpisać kontraktu na przedstawionych warunkach. W sporze z monopolistą szanse potencjalnych kontrahentów są niestety nikłe. W podstawowej opiece zdrowotnej stawka kapitałowa została nieznacznie zwiększona od października ub.r., być może dlatego nie słyszymy protestów z tej sfery ochrony zdrowia. Nie znaczy to oczywiście, że kwota 9 zł miesięcznie na pacjenta jest satysfakcjonująca!

Wszyscy jesteśmy świadkami i uczestnikami prób przerzucania kosztów na inne placówki. Wiele na ten temat słyszałem ostatnio od pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych. Najwięcej zastrzeżeń kierowali oni pod adresem niektórych placówek sprawujących nocną i świąteczną pomoc lekarską. Uwagi krytyczne, poparte licznymi przykładami, dotyczyły zwłaszcza opieki nad dziećmi, które – zdaniem moich rozmówców – nadmiernie często kierowane są do szpitali pediatrycznych zamiast leczenia ambulatoryjnego.

Podobne skargi słyszałem na temat placówek POZ. Zdaniem lekarzy niektórych SOR-ów, zbyt często lekarze POZ próbują przeprowadzić diagnostykę chorego właśnie w SOR-ach. Osobnym problemem wydaje się być funkcjonowanie karettek Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego z ratownikami. Być może na skutek programowych zmian w pomocy doraźnej karetki z lekarzami przestały w nocy i w święta pełnić rolę „przychodni na kółkach”, natomiast – według moich kolegów dyżurujących w szpitalnych izbach przyjęć – stały się przewoźnikiem między domem pacjenta a szpitalem. W efekcie koszty leczenia przerzucane są na te oddziały szpitalne, które i tak są już deficytowe, czyli znowu SOR-y i izby przyjęć.

Jednym z popularnych tematów medycznych były na początku roku propozycje z zakresu bioetyki, przygotowane przez zespół pośła J. Gowina. Pisaliśmy o nich krótko w poprzednim numerze naszego pisma, w tym zamieszczamy szerszą dyskusję na ten temat. Podczas niej szczególnie zainteresowały mnie dwa, pozornie bardzo odległe wątki: związek między zaufaniem społeczeństwa do lekarzy – z jednej strony, a z drugiej – podpisywaniem tzw. testamentu życia oraz zgody na pobieranie narządów.

Jak bumerang wraca temat roli mediów w kształtowaniu wizerunku środowiska lekarskiego. Nie twierdzę, że w mediach nie ma pozytywnych relacji o wybitnych osiągnięciach polskich medyków, czy naszych kolegach kompetentnych, szanowanych i lubianych przez swoich pacjentów. Jakże często medialny obraz lekarzy skazany jest poszukiwaniem sensacji. Tymczasem, aby wyrazić zgodę na pobranie narządu, który uratuje życie innemu człowiekowi, czy w przypadku nieuleczalnej choroby – zaniechanie stosowania terapii daremnej, trzeba mieć pełne zaufanie do tych, którzy będą stosowne procedury wykonywali. Oczywiście, w budowaniu pozytywnego wizerunku lekarzy największe zadanie do spełnienia mamy my sami, ale jakże przydatna byłaby pomoc środowiska dziennikarskiego.

Leonard Celewski



Słowo Prezesa

Stało się... jak zwykle co roku

Za oknem łódzkiej Izby Lekarskiej, gdy piszę te słowa, jest pochmurno i mgliście. Niżowa aura nastraja pesymistycznie, a w takich chwilach chciałoby się pojechać, np. na kenijskie safari, gdzie słońca jest w bród, a wokół można podglądać świat dzikich zwierząt i afrykańską przyrodę. Pomarzyć można, ale... czas wracać do rzeczywistości.

Pomimo zapewnień dyrektorów łódzkich (i nie tylko) szpitali, że będą twardo walczyć o zwiększenie nakładów na hospitalizację w 2009 r. – stało się... jak zwykle, co roku. Kontrakty podpisano, godząc się na niższe wyceny za punkt, niż to było w roku minionym. Opór menedżerów został złamany. Dla nikogo nie jest tajemnicą, że decyzji o podpisaniu rocznego kontraktu dyrektor publicznej placówki nie podejmuje sam, musi uzyskać zgodę tzw. organu założycielskiego – akademickiego lub samorządowego. Uległa wobec NFZ postawa owych organów wyraźnie stoi w sprzeczności z przekonaniem obecnej ekipy rządzącej, że władza samorządowa najlepiej zna potrzeby własnego terenu. Niestety, ze zdrowiem sobie ona nie radzi, a wiem o tym z własnego, pabianickiego „podwórka”, gdzie rychło może dojść do likwidacji szpitala.

I oczywiście – jak to już „drzewiej bywało” – znów zapewne odpowiedzialność za słabą kondycję opieki zdrowotnej będzie się próbowało rzucić na nas – lekarzy, buntujących się przeciwko realnej groźbie obniżek płac (bo o podwyżkach nie ma co marzyć) i w ogóle niskim nakładom na zdrowie. A cały ten bałagan w szpitalach niechybnie ułatwi ich „spontaniczne” przekształcanie w spółki prawa handlowego, do czego zresztą zachęca resort zdrowia, obiecując znaczną pomoc finansową na ten cel. Poczekamy, zobaczymy i... ocenimy, jakie będą tego efekty.

Przyglądałem się ostatnio kilku szpitalom – spółkom, zdecydowana ich większość to placówki nieduże (zwykle powiatowe), mające tylko kilka podstawowych oddziałów i skromne zaplecze diagnostyczne, leczące mniej skomplikowane, ale niezłe wyceniane przypadki. W istniejących tam warunkach trudno byłoby zresztą uporać się z tzw. pacjentami niechcianymi, których przyjęcie i pobyt w szpitalu przynosi same straty. Ktoś inny musi ich jednak leczyć! Zdania zatem nie zmieniłem. Uważam, że problemy, z jakimi borykają się publiczne placówki, to nie jest sprawa tylko złego ich zarządzania, czy wygórowanych żądań placowych lekarzy, ale po prostu... kiepskiego od lat finansowania ochrony zdrowia. Co gorsza, nie zanoszą się na lepsze czasy, gdyż przychody NFZ w tym roku – w związku z recesją – mają być niższe...

Snując te rozważania, coraz bardziej poddaję się wpływowi szaroburej aury za oknem łódzkiej OIL, ale jednocześnie uświadamiam sobie, że niekoniecznie trzeba pojechać do Afryki, by napawać się urokami przyrody i podglądać życie zwierząt. Zaledwie kilka dni wcześniej gościłem w zakątku naszego kraju o wyjątkowej urodzie, szczególnie pięknie prezentującym się w zimowej scenerii. To Białowieża, a więc kraina dzików, wilków, jeleni, saren, koni polskich, żubroni i wizytówki tych terenów – żubrów. I po co wyjeżdżać?

Andrzej Kamiński

Pod koniec grudnia ub.r. przez łamy prasy oraz programy radiowe i telewizyjne przetoczyła się fala dyskusji na temat tzw. projektu Jarosława Gowina, opracowanego przez specjalny zespół doradczy, pracujący pod jego kierunkiem, który dla premiera Donalda Tuska przygotował rekomendacje dotyczące prawnych uregulowań różnych kwestii bioetycznych. Polska, jako jeden z niewielu krajów Unii Europejskiej, takich regulacji ustawowych w wielu kwestiach nie posiada.

Projekt ustawy bioetycznej zawiera zapisy dotyczące kwestii związanych z uczestnictwem pacjentów w eksperymentach medycznych, a także stosowaniem zapłodnienia pozaustrojowego oraz postępowaniem z zarodkami ludzkimi i embrionami. Rozszerza również pojęcie klauzuli sumienia oraz wprowadza możliwość wyrażenia na piśmie sprzeciwu wobec stosowania tzw. terapii daremnej w sytuacji, gdy ktoś jest nieuleczalnie chory. Ponadto przewiduje powołanie Polskiej Rady Bioetycznej przy premierze RP oraz utworzenie Urzędu ds. Biomedycyny, który ma się zająć m.in. prowadzeniem rejestru tzw. testamentów życia.

Nikt nas nie zwolni z odpowiedzialności

Najwięcej „wrzawy medialnej” – co zrozumiałe – wywołały dwa tematy: zapłodnienie *in vitro* oraz testament życia. Wątpliwości dotyczące tej drugiej sprawy „Panaceum” poruszyło już w rozmowie z prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Klimkiem, neurologiem, przewodniczącym Komisji Bioetycznej przy OIL (czytaj nr 1/2008), który zaprosił przedstawicieli redakcji na posiedzenie tego gremium, w celu wysłuchania opinii innych jego członków. Dyskusja odbyła się 14 stycznia br., a poza Profesorem, uczestniczyli w niej lekarze – doktorzy nauk medycznych: Kalina Pokuszyńska (pediatra), Jolanta Sadurska (kardiolog), Stanisław Ciechowicz (internista), Ryszard Golański (anestezjolog), Grzegorz Gradowski (endokrynolog) i Marek Nalewajko (ginekolog-położnik), a także dr n. hum. Ewa Nowicka-Włodarczyk (etyk) i ks. Paweł Sudowski (teolog). W spotkaniu wziął ponadto udział gościnnie doktor Józef Szymczyk (internista) z Komisji Etyki OIL.

•••

Andrzej Klimek: – Sądzę, że intencje propozycji zespołu J. Gowina, aby zgodnie z prawem człowiek mógł wyrazić swój sprzeciw wobec stosowania u niego tzw. terapii daremnej, niewątpliwie są słuszne, każdy z nas obdarzony jest bowiem wolną wolą. Obawiam się jednak, że z wprowadzeniem proponowanych rozwiązań do praktyki mogą być poważne kłopoty. Te obawy wyraziłem w opublikowanym już wcześniej na łamach „Panaceum” wywiadzie, a są one podyktowane m.in. doświadczeniem, które płynie ze stosowania już obowiązujących przepisów, dotyczących wyrażania zgody – jeszcze za życia przez konkretną osobę, a później przez rodzinę zmarłego – na pobieranie narządów do transplantacji. Trudno się bowiem wciągnąć z faktem, że każdy musi umrzeć i że każdy w momencie przyjścia na świat, ma w życie, które mu jest dane, wpisana śmierć, jako coś nieuchronnego.

Kalina Pokuszyńska: – Jestem zdania, a upoważniają mnie do tego przeżycia rodzinne, że zaproponowane rozwiązanie jest nie tylko potrzebne, ale wręcz konieczne. Gdybym miała wyrażać tylko swoje osobiste zdanie, to niewątpliwie już dziś, będąc osobą zdrową, dałabym na piśmie zgodę, że w sytuacji stuprocentowego rozpoznania u mnie choroby nieuleczalnej, bardzo proszę o nieprzedłużanie mi życia i niestosowanie terapii daremnej. Ale jestem lekarzem pediatrą i mam kontakt z małymi dziećmi, a przede wszystkim ich rodzicami i wiem, że z tej perspektywy sprawa wygląda inaczej. Rodzice nigdy nie pogodzą się z wyrokiem, że ich dziecko jest nieuleczalnie chore i musi umrzeć, zresztą często i nam – lekarzom trudno do końca ocenić, czy naprawdę nie ma już możliwości – jeśli nie dziś, to w niedalekiej przyszłości – wyleczenia, czy chociażby przedłużenia życia dziecku. Przykładem mogą być wcześniaki z niską masą urodzeniową, które dawniej nie miały szansy na normalne życie, a dziś – dzięki postępowi w medycynie – mogą się normalnie rozwijać.

Stanisław Ciechowicz: – Chciałbym tu odnieść się do wypowiedzi Profesora Klimka, dotyczącej transplantacji. W grudniu, wraz z Kolegą Szymczykiem, byliśmy na

konferencji we Wrocławiu, poświęconej temu tematowi, gdzie bardzo dużo uwagi poświęcono definicji śmierci, która w wyniku rozwoju technik reanimacyjnych musiała ulec znacznej modyfikacji. Zgodnie z tzw. tradycyjną definicją śmierci, obowiązującą przez stulecia, następowała ona w momencie ustania czynności oddechowych oraz krążenia, teraz – zgodnie z nową, zmodyfikowaną definicją śmierci – uznaje się, że niezbędnym i wystarczającym warunkiem do uznania osoby za zmarłą jest zanik tzw. odruchów pniowych, czyli śmierć pnia mózgu, będąca implikacją do śmierci mózgu jako całości. I w takich sytuacjach, kiedy człowiek – zwłaszcza po wypadku – poza tym jest zdrowy, nawet jeśli on oddycha i jego serce pracuje, to nie ma przeszkód do przerywania tych czynności i pobrania u niego narządów do przeszczepu. Pozostaje kwestia przekonania rodziny, że ten człowiek w istocie nie żyje i już nigdy żył nie będzie. Oczywiście, moje rozważania wprawdzie tylko pośrednio wpisują się w tematykę dotyczącą tzw. testamentu życia, ale wskazują, jak bardzo są to skomplikowane sprawy.

Jolanta Sadurska: – Pracuję na oddziale internistycznym i mam bliski kontakt z pacjentami w tzw. jesieni życia. W sytuacji człowieka młodego, zdrowego i w pełni świadomego, złożenie oświadczenia o niestosowaniu wobec niego terapii daremnej wydaje się logiczne. Inaczej ta sprawa wygląda, gdy człowiek starzeje się, a choć choroby i cierpienie stają się jego codziennością, to jednak chce żyć i do końca być leczony. Obserwuję to na co dzień, kontaktując się z osobami osiemdziesięcio-, dziewięćdziesięcioletnimi,



Od lewej: A. Klimek, M. Nalewajko



J. Szymczyk



P. Sudowski



R. Golański



E. Nowicka-Włodarczyk

które nie są kwalifikowane do przeszczepów lub chemioterapii, czy na inne zabiegi. Dlatego jest mi bardzo trudno autorytatywnie stwierdzić, że testament życia jest faktycznie dobrą propozycją, chociaż podobnie jak inni z tego grona, ja osobiście również taki dokument podpisałabym. Jednak wątpliwości we mnie pozostają... Bo tak naprawdę, chociaż jestem lekarzem, to nie podejmuję się ocenić, gdzie jest ta granica, która określa, że faktycznie sytuacja jest całkowicie beznadziejna, a terapię można uznać jako daremną. Chyba tylko w tych sytuacjach, o których mówił Kolega Ciechowicz, gdy mamy do czynienia ze śmiercią kliniczną.

A.K.: – Zgadzam się z Koleżanką Sadurską, że odczucia ludzi młodych, cieszących się pełnym zdrowiem i starszych, zmagających się z nieuleczalną często chorobą, są diametralnie różne. Dlatego zgoda na zaprzestanie stosowania terapii daremnej nie może być wydana raz na zawsze, musi istnieć możliwość jej odwołania. Mnie dodatkowo nasuwa się refleksja, że dopóki człowiek sądzi, że jest zdrowy, to on w zasadzie nie ma świadomości, jak duże mogą być cierpienia. Jeżeli zaś następuje dramatyczne załamanie jego stanu zdrowia, to często przebiega ono poza jego świadomością. Z takimi przypadkami spotykam się w swojej praktyce, mam na myśli m.in. stany tzw. wegetatywne, kiedy u pacjenta zachowane zostają pewne reakcje odruchowe, ale nastąpiło u niego, z różnych przyczyn, uszkodzenie mózgu. I wówczas kwestia dalszego utrzymywania go przy życiu jest bardziej sprawą rodziny, która jest zainteresowana przedłużaniem tego życia lub nie, kierując się różnymi, często wręcz merkantylnymi przesłankami. W takiej właśnie sytuacji testament życia pozwalałby lekarzowi podjąć decyzję szanującą wolę pacjenta, bez narażenia się na ewentualne zarzuty rodziny o zaprzestaniu stosowania terapii.

Józef Szymczyk: – Problem, o którym wspomina Profesor Klimek, jest faktem. W czasie wrocławskiej konferencji, o której mówił już Kolega Ciechowicz, mówiono, że niekiedy zdarza się w szpitalach, że u pacjentów w ostatniej fazie umierania, bez nadziei na poprawę, podejmuje się pozorowaną reanimację. Dlaczego? Wynika to z obaw

kolegów, że rodzina może oskarżyć lekarzy o zaniechanie leczenia, co grozi sprawą sądową. Dochodzi do swego rodzaju teatrum! Zaproponowano zatem, żeby na kartach takich chorych znalazła się adnotacja: „Nie reanimować.” Tego rodzaju adnotacje miałyby zatwierdzać komisje bioetyczne, działające przy oddziałach szpitalnych.

Ks. Paweł Sudowski: – Oczywiście, generalnie rzecz biorąc, jestem przekonany, że podpisanie testamentu życia jest moralnie absolutnie dopuszczalne. Dlaczego? Przede wszystkim z uwagi na *casus* Jana Pawła II, który w obliczu śmierci, pozostając w pełni świadomości prosił, żeby go już nie reanimować i mówił: „Zostawcie mnie, pozwólcie mi odejść”. Przy czym odwołując się do tego przypadku, chcę jednocześnie zauważyć, że próbuje się go różnie interpretować. Jedną z wątpliwości, które się podnosi przy beatyfikacji papieża, jest kwestia, czy odmawiając terapii, nie popełnił on samobójstwa i czy wobec tego można go wynosić na ołtarze? Na szczęście ta wątpliwość jest głównie podnoszona na płaszczyźnie dziennikarskiej i można ją uznać jako iskrę rzuconą przez tych, którzy chcą wzniecić pożar. Nie można zapominać, iż wiele lat przed śmiercią w swej encyklice *Evangelium Vitae* Jan Paweł II pisał o terapii daremnej uznając, że nie można jej traktować na równi z eutanazją lub z samobójstwem. Ukazując zaś pewne filozoficzne zaplecze myślowe, jeśli chodzi o budowanie złych interpretacji wobec normatywów, które są absolutnie do przyjęcia, warto może posłużyć się przykładem świętego Maksymiliana Kolbego, który – jak wiadomo – oddał życie za innego człowieka, co także można uznać za pewien rodzaj aktu samobójstwa. Czy jednak można ten heroiczny czyn traktować jako uchybiający etyce katolickiej? Wszak już na kartach Pisma Świętego pada sformułowanie, że „Nie ma większej miłości, jak ta, gdy ktoś oddaje życie za przyjaciół.”

Ryszard Golański: – Dla mnie, jako lekarza, który zajmuje się intensywną terapią, regulacja zaproponowana przez J. Gowina w kwestii tzw. testamentu życia jest niezwykle istotna, chociaż muszę przyznać, że bardzo trudna do wprowadzenia. Dlatego odnosząc się do słów mojego przed-

mówcy, chciałbym zwrócić Państwa uwagę, że w dyskusjach medialnych, dotyczących testamentu życia, często pojawia się właśnie zarzut, iż zaproponowane rozwiązanie będzie swego rodzaju furtką do stosowania eutanazji.

Ks. P.S.: – I dlatego mówiąc o prawnym uregulowaniu spraw związanych z zaprzestaniem terapii daremnej nie można zapominać, że wszelkie okoliczności temu towarzyszące muszą być bardzo dokładnie opisane. Chodzi o to, aby decyzja w tej sprawie była podejmowana wyłącznie fakultatywnie na etapie bliskości, nieodwracalności i nieuchronności śmierci, a nie była propozycją obligatoryjną w stosunku do kogokolwiek. Pozostaje jednak wątpliwość, czy w ogóle możliwe jest określenie, w którym momencie ta śmierć jest faktycznie nieuchronna, a stan jej bliskości nieodwracalny?

R.G.: – Jest możliwe. Takimi przypadkami są wspomniani już przez Profesora Klimka stan wegetatywny, czy daleko zaawansowana choroba nowotworowa z przerzutami do innych organów. Sam przed laty stanąłem w obliczu podjęcia bardzo trudnej decyzji rezygnacji z terapii daremnej. U mnie na dyżurze ponad 15 lat temu umierał nasz kolega, który miał raka oskrzeli i wpadał w niewydolność oddechową, po prostu dusił się, bo tlenoterapia już nie wystarczała. Wiedzieliśmy, że ma przerzuty do kręgosłupa i mózgu, strasznie cierpiał. Ja go wówczas nie zaintubowałem i nie podłączyłem do respiratora. Decyzję podjął wspólnie cały zespół dyżurujący, w porozumieniu z jego żoną, ale muszę przyznać, że było to ogromne przeżycie.

Ewa Nowicka-Włodarczyk: – Oczywiście, jestem absolutnie przekonana o potrzebie rozmawiania na temat testamentu życia, jak również innych zagadnień bioetycznych, które proponowana ustawa ma prawnie uregulować, muszę się jednak najpierw podzielić pewną wątpliwością. Uważam otóż, że dla polskiej medycyny nie jest to temat numer jeden, ale... trzy tysiące jeden. Istnieją bowiem problemy związane z szeroko pojętym zdrowiem, które wymagają daleko bardziej pilnego rozwiązania, gdyż w innym przypadku zapaść w tym obszarze będzie postępować, ze szkodą zarówno dla pacjen-



G. Gradowski



K. Pokuszyńska



S. Ciechowicz



J. Sadurska

tów, jak i środowiska lekarskiego. To dobrze, że odczuwamy potrzebę dyskusowania o *in vitro*, testamencie życia czy eutanazji, ale audycje na ten temat w telewizji uważam za infantylne, gdyż zwykle kilka osób rozmawia o problemie, którego nikt z zaproszonych jednoznacznie nie rozumie i każdy w związku z tym mówi o czymś zgoła odmiennym. Przykładem mogą być dyskusje o eutanazji, którą często utożsamia się z zabijaniem, gdy tymczasem słowo to pochodzi z greki i oznacza dobrą śmierć. Może zatem najpierw należałoby poznać definicję tego pojęcia, a potem dyskutować, czy taka procedura powinna być stosowana. Niestety, ciąży na nas piętno wydarzeń historycznych, czyli z okresu Niemiec hitlerowskich przed II wojną światową i w trakcie jej trwania, gdzie eutanazję stosowano do zabijania ludzi masowo po to, aby się pozbyć psychicznie chorych, kalek, homoseksualistów, rasowo niewygodnych. Proszę zauważyć, że w Niemczech nie ma dyskusji o eutanazji, ponieważ ten bagaż przeszłości nadal to społeczeństwo przytłacza.

J. Sz.: – Powróćmy jednak do tematu dyskusji, która dotyczy nie odbierania życia, ale jego niepodtrzymywania. Niemiecki filozof Martin Heidegger twierdził, że trudno mówić na serio o śmierci, bo nikt nie jest w stanie ze swojej śmierci zdać relacji, jednak nasza Komisja Etyki zajmuje się od szeregu już lat problemem śmierci i umierania. Odróżnienie tych dwóch aktów, w kontekście rozważań na temat terapii daramnej, jest niezmiernie ważne, gdyż można ją za taką uważać jedynie, gdy stosowana jest w ostatecznej fazie procesu umierania, w sytuacjach nie rokujących poprawy, gdzie wchodzi nękanie osoby nieuchronnie umierającej zabiegami, powodującymi jej dodatkowe cierpienia. O wiele bardziej skomplikowany problem występuje w stanach wegetatywnych, które bywają jednak – choć niezwykle rzadko – odwracalne, a dodatkowo towarzyszą im przypadki precedensowe. Wypadkowi ulega np. kobieta w ciąży, u której stwierdza się nieodwracalne uszkodzenie mózgu i wówczas istnieje konieczność utrzymania jej przy życiu, aż do czasu, gdy dziecko będące w jej łonie uzyska możliwość samodzielnego bytu.

Marek Nalewajko: – Z takim właśnie przypadkiem spotkałem się w swojej praktyce lekarskiej, gdy pogotowie wezwane do ciężarnej stwierdziło, że jest w stanie agonalnym. Po zastosowaniu reanimacji udało się ją przewieźć do izby chorych naszego szpitala, gdzie zmarła, ale wcześniej zdołaliśmy zrobić cesarskie cięcie i odebrać żywego noworodka. To na marginesie, a włączając się do dyskusji na temat testamentu życia, chcę podzielić się pewną refleksją. Otóż w całym tym naszym stechnologizowanym świecie, nastawionym na sukces, dobra materialne, młodość i sprawność, zagubione zostało ludzkie podejście do życia i śmierci. Odeszły te czasy, kiedy starszy człowiek umierał w otoczeniu rodziny, po prostu kończył życie, bo taka jest kolej rzeczy. Oczywiście, my do problemu ratowania życia ludzkiego nie możemy podchodzić tak, jak jeszcze na początku XX wieku, bo medycyna zyskała ogromne możliwości. Jednak z drugiej strony nie powinniśmy przedłużać życia swoich bliskich, pogrążając ich w cierpieniu, tylko pozwolić im odejść w spokoju, tak jak odszedł nasz papież – Jan Paweł II. Pozostaje pytanie, w którym momencie procesu umierania należy i można podjąć decyzję o zaprzestaniu terapii daramnej? Jestem przekonany, że lekarze, którym śmierć nie jest obca oraz osoby bliskie choremu wyczuwają ten moment intuicyjnie i żadna definicja nie jest im do tego potrzebna.

J. Sz.: – To prawda – mamy prawo do życia i prawo do śmierci. Oba prawa winny być uszanowane. Medycyna zrobiła ogromny postęp, ale my – lekarze nie możemy stracić z oczu woli pacjenta i temu właśnie wychodzi naprzeciw projekt ustawy opracowany przez komisję J. Gowina.

Grzegorz Gradowski: – Jestem bogatszy o wiedzę, którą posiadam słuchając Państwa i za to dziękuję, ale pracując z pacjentami nie w Łodzi, tylko na tzw. prowincji, reprezentuję Polskę powiatową. Na dyskutowany problem mam w związku z tym trochę inne spojrzenie, ponieważ widzę go oczami swoich pacjentów. I przyznam, że dla zdecydowanej większości z nich składanie podpisu pod jakimś testamentem życia jest czymś niewyobrażalnym, podobnie jak wyrażenie zgody na oddanie narządów

do transplantacji, czy to po śmierci własnej, czy osoby bliskiej. W warunkach tej mentalności jest to nie do przyjęcia i ja nie czuję się na siłach, żeby z pacjentami lub rodzinami na ten temat rozmawiać. Nie chciałbym też decydować, w którym momencie umierania stosowana terapia jest już daremna, czyli że można zaprzestać reanimacji, czy odłączyć chorego od respiratora. Myślę, że to nie jest jeszcze czas, żeby w naszym kraju te sprawy można było ustawowo regulować.

S. C.: – Myślę, że Kolega Gradowski ma sporo racji. Zaakceptowanie testamentu życia wiąże się z posiadaniem bezgranicznego zaufania tego, który ten dokument podpisuje, do tych, którzy będą oceniali jego szanse życiowe w momencie krytycznym, czyli pojedynczych lekarzy, członków komisji bioetycznych itp. Wydaje się, że tego zaufania póki co brakuje, stąd nawet jeśli ktoś taki testament jest w stanie zaakceptować, pozostając w zgodzie ze swoim sumieniem i potrafiąc właściwie ocenić możliwości medycyny, to i tak tego nie uczyni. To zaufanie społeczeństwa do lekarzy i instytucji ochrony zdrowia zostało ograniczone i zniszczone, głównie przez polityków i trudno powiedzieć, kiedy to się zmieni.

A.K.: – Jestem absolutnie sceptyczny, że może to nastąpić szybko, w przewidywalnym terminie... Dlatego nam – lekarzom nie pozostaje nic innego, jak biorąc to na własne sumienie decydować, czy dalej stosować terapię daramną u danego pacjenta, czy jej zaniechać. Zresztą nawet gdy powstaną jakieś przepisy regulujące te kwestie, najbardziej drobiazgowo, nikt z nas nie zdejmuje ciężaru odpowiedzialności w tych sprawach.

E. N.-W.: – Dlatego najważniejsze, żeby wszyscy ludzie byli wrażliwi moralnie, niezależnie od tego, jaki zawód wykonują, chociaż w stosunku do przedstawicieli niektórych wymagania pod tym względem są zdecydowanie wyższe. Dotyczy to, oczywiście, lekarzy i jeśli człowiek wykonujący ten zawód jest wrażliwy, to potrafi ocenić problem we własnym sumieniu, posilając się swoją wiedzą, dojrzałością i możliwościami, jakimi dysponuje.

Dyskusję opracowała
Nina Smoleń

Lepiej zapobiegać, niż leczyć

Zdrowie w liczbach i wskaźnikach

Zdrowie, według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zależy od czterech grup czynników, określanych jako tzw. pola zdrowotne. Największy, bo 53-procentowy wpływ na zdrowie ma styl życia, następnie środowisko fizyczne (21%) i czynniki genetyczne (16%). Stan opieki zdrowotnej ma tu udział najmniejszy, bo zaledwie 10-procentowy. Dlatego tak ważną rolę w utrzymaniu dobrej kondycji zdrowotnej społeczeństwa odgrywa promocja zdrowia oraz profilaktyka.

Wyróżnia się trzy stopnie działań profilaktycznych: po pierwsze – zapobieganie chorobie poprzez eliminację lub ograniczenie czynników ryzyka; po drugie – eliminowanie następstw choroby poprzez wykrycie we wczesnym stadium rozwoju; po trzecie – podejmowanie działań zmierzających w kierunku zahamowania postępu choroby oraz ograniczenia jej powikłań poprzez zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Mając to na uwadze postanowiliśmy, że w tym roku na łamach „Panaceum” szczególnie dużo miejsca poświęcać będziemy realizowanym w naszym województwie programom profilaktycznym.

Na początek odwiedziliśmy Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, które monitoruje efekty działań profilaktycznych podejmowanych przez różne jednostki: rządowe i samorządowe, jak również funkcjonowanie placówek zdrowia i stan zdrowotności społeczeństwa regionu łódzkiego. Ten ostatni temat poruszamy w pierwszej kolejności, prezentując sporą dawkę danych demograficznych i epidemiologicznych dotyczących naszego terenu, które niejako wskazują, w jakich obszarach zdrowia występują największe zagrożenia,

wymagające szczególnego zainteresowania polityków zdrowotnych.

W przygotowaniu tego artykułu korzystaliśmy z dwóch publikacji, wydanych pod koniec ubiegłego roku, a mianowicie:

- „Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa łódzkiego – 2007 rok”, przygotowanego przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi – Dział Analiz Statystycznych, Ekonomicznych i Informatyzacji,
- Raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski”, opracowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Obie publikacje, które zawierają zdecydowanie więcej informacji, niż mogliśmy zamieścić na swych łamach, są dostępne na stronach internetowych wspomnianych instytucji: www.wczp-lodz.pl oraz www.pzh.gov.pl. Polecamy zwłaszcza lekturę drugiego z wymienionych opracowań, w którym znaleźć można wiele interesujących danych porównawczych z lat 1991–2007 dotyczących życia oraz zdrowia Polaków z tych lat, w tym w rozbiciu na poszczególne województwa, a także prognoz demograficzno-zdrowotnych dla naszego kraju, ponadto

informacji na temat, jak Polska „wypada” na tle innych członków Wspólnoty Europejskiej.

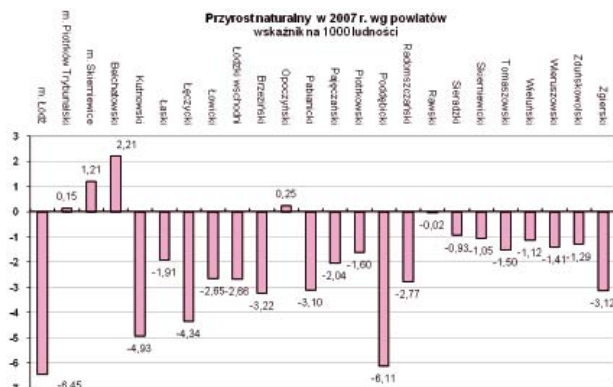
Łódzkie – niechlubny wyjątek

Przeciętna długość życia w Polsce wzrasta po 1991 r., ale po 2002 r. ten wzrost uległ spowolnieniu, natomiast pogłębiły się niekorzystne różnice dotyczące tego wskaźnika dla mężczyzn i kobiet. W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71 lat, a dla kobiet była o prawie 9 lat większa i wynosiła 79,7 lat. Długością życia różnią się między sobą mieszkańcy miast i wsi, przy czym zależy to również od płci, do której przynależą. Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej niż mieszkańcy wsi, w 2007 r. ta różnica wynosiła jeden rok (miasto 71,4, wieś 70,4). W przypadku kobiet to mieszkanki wsi żyją dłużej niż mieszkanki miast, a w 2007 r. różnica wynosiła pół roku (miasto 79,6, wieś 80,1).

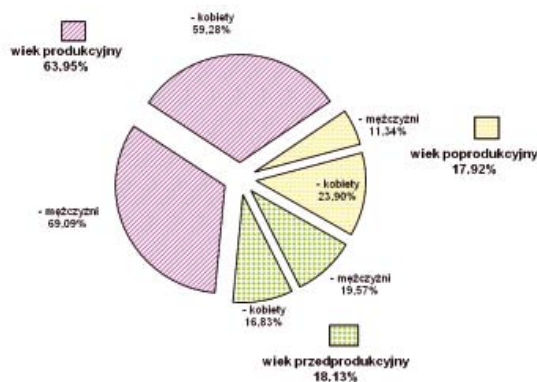
Z punktu widzenia długości trwania życia najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, natomiast najlepszym są miasta największe (z wyjątkiem Łodzi, której mieszkańcy żyją krócej nawet niż mieszkańcy małych miast). W latach 2004–2006 mężczyźni w małych miastach żyli przeciętnie o około 3 lata krócej niż mężczyźni w dużych miastach i o ponad rok krócej niż mężczyźni na wsi, natomiast kobiety żyły o około półtora roku krócej.

Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie międzywojewódzkie długości trwania życia. W przypadku mężczyzn wielkość tego zróżnicowania powiększa się. Najgorsza sytuacja występuje w woj. łódzkim, gdzie przeciętna długość życia mężczyzn w 2007 r. była o ponad 2 lata krótsza od średniej dla całego kraju, a o ponad 4 lata krótsza w stosunku do województwa najlepszego, czyli podkarpackiego. Ta najbardziej niekorzystna sytuacja mężczyzn w woj. łódzkim występuje już od wielu lat i na dodatek przyrost długości życia w latach 1991–2007 był tu najmniejszy i wynosił tylko 3,7 roku, podczas gdy w najlepszym pod tym względem woj. opolskim długość życia wzrosła o 6,1 roku.

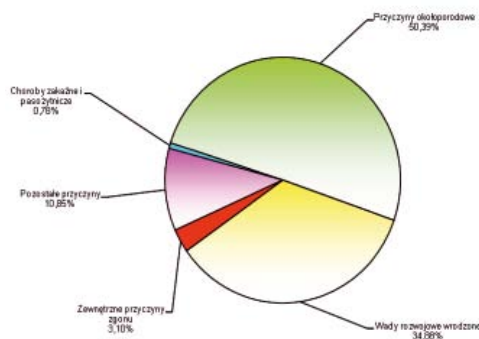
Wojewódzkie zróżnicowanie trwania życia kobiet jest mniejsze niż mężczyzn i nie



Struktura wieku ludności woj. łódzkiego w 2007 roku



Zgony niemowląt wg przyczyn w 2006 r.



wyказuje tendencji rosnącej. W przypadku kobiet najgorsza sytuacja również występuje w woj. łódzkim, a niewiele lepsza jest w woj. śląskim. Mieszkanki tych regionów żyją przeciętnie o około 2 lata krócej niż kobiety w woj. podkarpackim i podlaskim, które żyją najdłużej. Podobnie jak w przypadku mężczyzn również w przypadku kobiet długość życia w latach 1991–2007 wzrosła najmniej w woj. łódzkim.

Starzejemy się

Woj. łódzkie w końcu tego roku liczyło prawie 2 556 tys. mieszkańców, tj. o ponad 10 tys. mniej niż rok wcześniej. W ogólnej liczbie przeważały kobiety, które stanowiły 52,4% ludności regionu. Samą Łódź zamieszkiwało w końcu 2007 r. 753 tys. osób, tj. o 7 059 mniej niż w 2006 r. Mieszkańcy miast stanowili ogółem 1 647 tys. osób (64,4% ogółu), wsi – prawie 909 tys. (35,6%). W strukturze ludności obserwowany był spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i w wieku produkcyjnym, natomiast w wieku poprodukcyjnym liczba ta wzrosła. Ta tendencja jest wynikiem starzenia się społeczeństwa. Ludność w wieku przedprodukcyjnym stanowiła na koniec 2007 r. 18,13% ogólnej liczby mieszkańców, produkcyjnym – 63,95%, a poprodukcyjnym – 17,9% (wzrost o 0,3% w stosunku do 2006 r.).

W 2007 r. na terenie woj. łódzkiego odnotowano 23 869 urodzeń żywych, tj. o 474 więcej niż w roku wcześniejszym (wzrost o 2%). Współczynnik urodzeń liczony na 1000 ludności wynosił 9,31 i był wyższy na wsiach (10,5) niż w miastach (8,84). Różnica między liczbą zgonów a liczbą urodzeń żywych w 2007 r. wynosiła –8 131 osób, ujemny przyrost naturalny odnotowano zarówno w miastach (–5 726), jak i na terenach wiejskich (–2 405). Wskaźnik przyrostu naturalnego na 1000 mieszkańców wyniósł w województwie –3,17 w 2007 r. Najniższy, ujemny przyrost naturalny ze wskaźnikiem –6,45 posiadała sama Łódź. Tylko w dwóch powiatach: bełchatowskim i opoczyńskim, a także miastach: Piotrkowie Trybunalskim i Skierniewicach liczba urodzeń przewyższała liczbę zgonów.

Kobiety żyją dłużej

Podstawowym miernikiem obrazującym stan zdrowia ludności jest współczynnik umieralności. W 2007 r. na terenie woj. łódzkiego zanotowano 32 tys. zgonów, tj. o 657 więcej niż w 2006 r. Współczynnik zgonów na każde 10 tys. mieszkańców wynosił 124,75 i był wyższy niż w roku poprzednim (3,04 zgonu na 10 tys.). Z ogólnej liczby 63,5% stanowiły zgoni mieszkańców miast, gdzie w 2007 r. zmarło 20 312 osób, co daje wskaźnik 123,04 zgonu na 10 tys. Na wsiach w tym samym czasie odnotowano 11 688 zgonów, a wskaźnik ten jest wyższy niż w miastach i sięga 127,85 na 10 tys. Współczynnik zgonów w Łodzi przekroczył 144,44 na 10 tys. mieszkańców.

Analizując zgoni według płci osób zmarłych wyraźnie widać, iż znacznie więcej umiera mężczyźni niż kobiety. W 2007 r. odnotowano 17 102 zgoni mężczyzn oraz 14 898 zgonów kobiet. Współczynnik zgonów mężczyzn wynosi 140,07 na 10 tys. i jest o 29,23 zgoni na każde 10 tys. osób wyższy niż u kobiet, tendencja ta jest bardziej widoczna na wsiach niż w miastach. Biorąc natomiast pod uwagę wiek osób zmarłych zauważa się, iż najwyższy odsetek (67,8%) stanowią zgoni osób powyżej 65 roku życia (567,13 na 10 tys.). Prawie 81% kobiet umiera po 65 roku życia, podczas gdy zgoni mężczyzn w tej grupie wiekowej stanowią 56,4%, co oznacza, że ponad 40% mężczyzn umiera do 65 roku życia. Warto jeszcze dodać, iż w każdej grupie wiekowej współczynnik zgonów mężczyzn w woj. łódzkim jest wyższy niż kobiet.

Na co umieramy?

(Analiza zgonów według przyczyn – z uwagi na brak danych za 2007 r. – opiera się na danych GUS za 2006 r.)

• Choroby układu krążenia

W woj. łódzkim – podobnie jak w całym kraju – najwyższy odsetek (45,1%) stanowią zgoni z powodu chorób układu krążenia. W 2006 r. z tej przyczyny umarło ponad 14 tys. osób, współczynnik zgonów wyniósł 54,84 na 10 tys. mieszkańców i był niższy

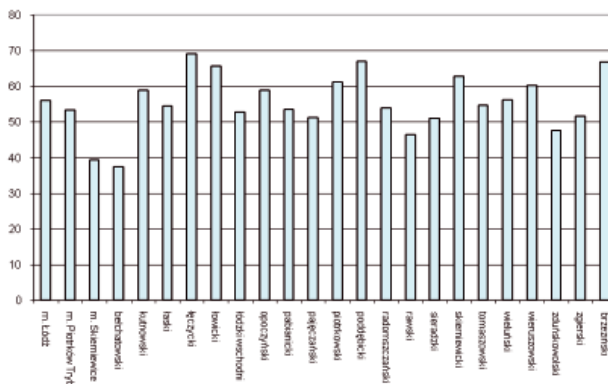
niż rok wcześniej o 0,94. Najwyższy współczynnik występuje w powiecie łęczyckim (69,12), najniższy w powiecie bełchatowskim (37,45). Współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia rośnie wraz z wiekiem osób zmarłych. Ponad 86,9% zgonów z tej przyczyny następuje po 60 roku życia, ale w wieku powyżej 70 lat jest ponad 5-krotnie wyższy niż w grupie wieku 60–69 lat.

Z powodu chorób układu krążenia więcej umiera kobiet niż mężczyzn i to zarówno w miastach, jak i na wsi. Współczynnik zgonów kobiet na 10 tys. wynosi 56,86, natomiast mężczyzn – 52,62. Wśród chorób układu krążenia dominują inne choroby serca (4 305 zgonów), choroby naczyń mózgowych (3 854 zgonów) i choroba niedokrwienna serca (3 120 zgonów). W tym ostatnim przypadku mężczyźni umierają częściej niż kobiety (współczynnik zgonów mężczyzn – 14,45; kobiet – 9,99).

• Nowotwory

Drugą w kolejności przyczyną zgonów w woj. łódzkim są nowotwory, które w 2006 r. stanowiły 22,2% wszystkich. Z tego powodu zmarło 6 945 osób, a współczynnik zgonów wyniósł 26,97 na 10 tys. mieszkańców, przy czym najwyższy był na terenie Łodzi (31,82). Z powodu nowotworów najwyższy odsetek zgonów występuje po 50 roku życia (93,5%), przy czym największej osób umiera w grupie wiekowej 75–79 lat.

Najczęściej występujące nowotwory złośliwe to nowotwory narządów trawienych (m.in. rak żołądka, jelita grubego, trzustki) – 1906 przypadków zgonów; narządów oddechowych i klatki piersiowej (m.in. rak oskrzeli, płuc i krtani) – 1730; narządów rodnych u kobiet (m.in. rak szyjki macicy i jajnika) – 443; sutka – 410; układu moczowego (m.in. rak nerki) – 406; tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych (w tym białaczka limfatyczna i szpikowa) – 380; męskich narządów płciowych (m.in. rak prostaty) – 279; mózgu, oka i innych części centralnego systemu nerwowego – 247, czerniak i inne skórne – 120, czy nowotwory nieokreślone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu – 601.

Zgony z powodu chorób układu krążenia wg powiatów w 2006 roku
wskaźnik na 10 tys. mieszkańców

• Przyczyny zewnętrzne

Na trzecim miejscu wśród powodów zgonów znajdują się tzw. przyczyny zewnętrzne, czyli urazy spowodowane m.in. wypadkami komunikacyjnymi, a także zatrucia, samobójstwa itp., które stanowią 7,0% wszystkich przypadków. W 2006 r. w woj. łódzkim zmarło z tego powodu 2 179 osób. Wskaźnik zgonów wynosił 8,46 na 10 tys. mieszkańców i był wyższy o 0,18 w porównaniu do 2005 r. Biorąc pod uwagę wiek osób zmarłych zauważamy, że najwyższa umieralność z tej przyczyny występuje w wieku 40–59 lat (45,5 %).

• Umieralność niemowląt

W 2007 r. na terenie woj. łódzkiego zmarło 115 niemowląt, zatem było o 14 zgonów mniej niż w 2006 r. Współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych zmalał z 5,51 do 4,82. Jest on wyższy na wsi niż w mieście i wynosi 5,39 na 1000 urodzeń żywych (miasto – 4,46). Częściej umierają chłopcy niż dziewczynki. Współczynnik zgonów chłopców w 2007 r. wynosił 7,35, a dziewczynek był ponad dwukrotnie niższy i wynosił 3,54. Główną przyczyną zgonów niemowląt w 2006 r. (brak danych GUS za 2007 r.) były stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym (50,4%), na drugim miejscu znajdują się wady wrodzone (34,9%).

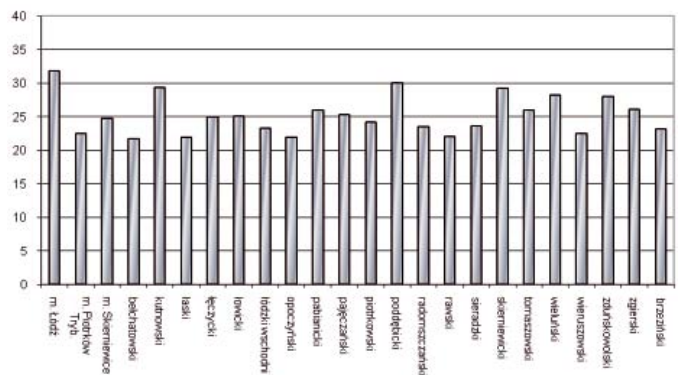
W POZ i u specjalisty...

W poradniach POZ na terenie woj. łódzkiego w 2007 r. leczonych było 331 635 osób z powodu chorób układu krążenia, naj-

więcej w wieku 55–64 lata (36,3%). Wśród wszystkich leczonych 58,4% stanowią pacjenci z chorobą nadciśnieniową. Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców leczonych z powodu chorób układu krążenia wynosi ogółem 1 611,14. Z powodu cukrzycy pod opieką lekarza POZ pozostawały 86 622 osoby, w tym 27 846 leczonych insuliną. Nastąpił wzrost leczonych z powodu cukrzycy w stosunku do roku poprzedniego o 4 470 osób, w tym insuliną o 2 310 osób. Najwyższy odsetek leczonych (36,9%) z powodu cukrzycy stanowią pacjenci w wieku 55–64 lata.

Problemem zdrowotnym w woj. łódzkim pozostaje nadal gruźlica płucna i pozapłucna. W 2007 r. w specjalistycznych poradniach leczono z tego powodu 841 osób, w tym 650 zarejestrowanych w roku sprawozdawczym. Wskaźnik leczonych kształtuje się na poziomie 2006 r. i wynosi 3,3 na 10 tys. mieszkańców. W stosunku do roku poprzedzającego wzrosła liczba leczonych z powodu innych chorób układu oddechowego, w szczególności przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (wzrost o 4 409 osób) oraz astmy (wzrost o 1 894 osoby). Ogółem z powodu gruźlicy i innych chorób układu oddechowego leczono w poradniach gruźlicy i chorób płuc w 2007 r. 88 127 osób, tj. o 4 471 osób więcej niż w 2006 r., co stanowi wzrost o 5,3%.

Problemem zdrowotnym w woj. łódzkim są choroby psychiczne. W 2007 r. w poradniach zdrowia psychicznego leczono ogółem 72 234 osoby, tj. o 2 873 więcej niż w roku poprzedzającym, przy czym liczba

Zgony z powodu nowotworów wg powiatów w 2006 roku
wskaźnik na 10 tys. mieszkańców

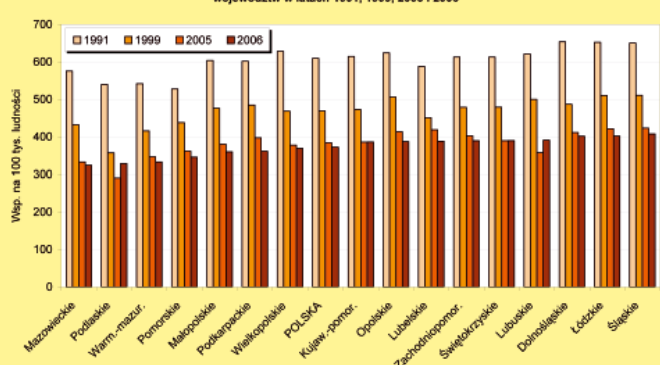
leczonych po raz pierwszy wzrosła z 13 131 osób w 2006 r. do 14 537 w 2007 r. Największy odsetek leczonych (22,9%) stanowią pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem. Prawie 13% to pacjenci ze schizofrenią, natomiast 12% z zaburzeniami psychotycznymi. O 1404 osoby wzrosła liczba pacjentów w poradniach odwykowych, ogółem w 2007 r. leczono tam 16 786 chorych, w tym najwięcej z zaburzeniami z powodu nadużywania alkoholu (13 190), w tym z zespołem uzależnienia alkoholowego (12 682). Z kolei w poradniach leczenia uzależnień leczono 1 982 osoby, głównie z powodu używania substancji psychoaktywnych, takich jak opiaty, kabinole, leki uspakajające, kokaina, inne substancje pobudzające (855).

• • •

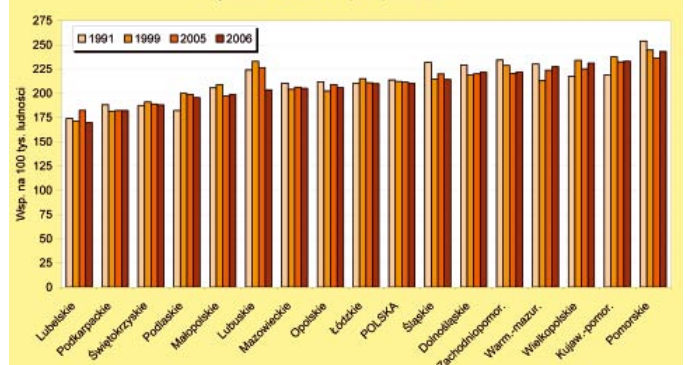
Temat będziemy się starać kontynuować w każdym numerze. O potrzebie podejmowania działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki porozmawiamy z konsultantami wojewódzkimi w specjalnościach, w których występują największe zagrożenia zdrowotne. Omówimy programy profilaktyczne prowadzone zarówno przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również Urząd Marszałkowski lub samorządy terenowe: powiatowe, miejskie, a nawet gminne. Będziemy zwracać szczególną uwagę na celowość, skuteczność i problemy, które występują przy ich realizacji.

Opracowała
Nina Smoleń

Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem wg województw w latach 1991, 1999, 2005 i 2006



Chcę normalnie zarabiać!

W poprzednim numerze „Panaceum” (1/2009) zamieściliśmy artykuł naszego młodego kolegi – Jakuba Artura Balda, łódzkiego pełnomocnika Fundacji „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”. W artykule, który był skrótem prezentacji, jaka odbyła się wcześniej na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi 5 grudnia 2008 r., przedstawione zostały cele działania tej organizacji oraz podejmowane przez nią inicjatywy. Jedną z nich jest prowadzenie stałej akcji propagandowej, która miałyby doprowadzić do poprawy relacji pacjent–lekarz oraz ograniczenia emigracji medyków. W jej ramach wydrukowano i przekazano wszystkim lekarzom w Polsce – za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej” – specjalne plakaty oraz znaczki z hasłem tytułowym Fundacji.

Zamiarem organizatorów było, żeby jak największa liczba koleżanek i kolegów, pracujących na oddziałach szpitalnych i w przychodniach, mogła przypiąć znaczki do białych kitli lub powiesić plakaty na drzwiach gabinetów. I faktycznie, wielu z nas, zwłaszcza młodych medyków, do akcji przystąpiło, ale jak zauważa sam autor, „wciąż za mało lekarzy utożsamia się z nią i przypina plakietki, co wynika prawdopodobnie z niezrozumienia naszych intencji”. Dalej zaś dodaje: „Plakietka nie musi być traktowana jako osobisty manifest (a jeżeli ktoś jej nie nosi, to znaczy, że bierze), ale element komunikacji z pacjentem.”

No cóż – na co wskazywały niektóre wystąpienia w czasie wspomnianych obrad ORL – taka argumentacja nie wszystkim trafia do przekonania. A oto jeszcze jeden głos w tej sprawie:

Z organizatorami akcji: „Nie biorę – chcę normalnie zarabiać” spotkałem się po raz pierwszy jesienią roku 2007, podczas ich wizyty na posiedzeniu Prezydium NRL. Celem tamtej wizyty było przedstawienie idei akcji, której inicjatorami była grupa młodych warszawskich lekarzy. Akcja miała być odpowiedzią na zmasowany atak na lekarzy, jaki widzieliśmy w tamtym czasie w mediach. Jednym z elementów tej antylekarskiej kampanii było udowadnianie społeczeństwu, że większość lekarzy w Polsce to łapówkarze. Jestem głęboko przekonany, że młodym ludziom, zarówno podczas organizowania akcji dwa lata temu, jak i teraz, przyświecały altruistyczne i szlachetne cele.

Skutki i wymowa akcji młodych lekarzy nie są jednak jednoznaczne. Dowodem na to były rozmowy w kulisach posiedzenia łódzkiej ORL, na której doktor Jakub Bald przedstawiał idee i cele tego przedsięwzięcia. Dość charakterystyczne jest to, że na forum Rady wypowiedzi było jak na lekarstwo, natomiast w przerwach i po zakończeniu posiedzenia komentarzy było sporo. Nietrudno się domyślać, że część spośród nich była jednoznacznie nieprzychylna akcji, często przedstawiana w nieparlamentarnych słowach.

Przytaczano wypowiedzi koleżanek i kolegów lekarzy, którzy wraz z „Gazetą Lekarską” otrzymali swego czasu plakaty i naklejki z tytułowym napisem akcji. Wielu spośród nas zdecydowało się powiesić plakat w pokoju lekarskim czy szpitalnym

korytarzu, jeszcze mniej paradowało z czerwoną naklejką na lekarskim stroju. Skąd takie reakcje? Niektórzy spośród moich rozmówców twierdzili, że poczuli się dotknięci pomysłem, że mają ostantacyjnie oświadczać o czymś, co przez całe lekarskie życie było dla nich oczywiste: nigdy nie brali od pacjentów pieniędzy za leczenie w państwowej placówce.

Inny aspekt akcji to, według opinii niektórych kolegów, niewłaściwe rozłożenie akcentów. Młodzi koledzy (jak rozumiem w ramach protestu przeciw pomówieniom) położyli, świadomie czy nie, większy nacisk na sformułowanie „nie biorę”.

Stąd komentarze, że proponują nam, abyśmy udowadniali, że nie jesteśmy wielbłądami. Słyszałem sugestie, że istotą akcji powinno być hasło składające się z drugiej części sformułowania umieszczonego na znaczkach i plakatach: CHCĘ NORMALNIE ZARABIAĆ. Pod takim hasłem podpisze się wszak każdy lekarz, różnice dotyczyć będą tylko wysokości miesięcznego wynagrodzenia, które można uznać za „normalne”.

Nie wiem, czy zwrócili Państwo uwagę jak inaczej wygląda znaczek akcji, ze zmienionym szykiem dwóch składowych hasła tego przedsięwzięcia. Taki zmieniony znaczek możecie Państwo zobaczyć na stronie „Panaceum”, w tekście tego komentarza. Prawda, że ma inną wymowę?

Ryszard Golański



Na internetowych forach

A oto jeszcze kilka komentarzy na temat akcji „Nie biorę, chcę normalnie zarabiać”, zamieszczonych na forach internetowych:

„Nie biorę”, a także nie piję, nie palę, nie ćpam... Porównanie uczciwych lekarzy (jeśli o ich uczciwości ma zaświadczać przypięta do fartucha plakietka) do osób uzależnionych, a takie nasuwa się skojarzenie, spowodowało moje totalne rozbawienie. Gratuluję!

...

Akcja „Nie biorę” ma wśród lekarzy więcej przeciwników niż zwolenników. W naszym mieście, kiedy akcja ruszyła, znaczki nosili nieliczni, a teraz na palcach jednej ręki można policzyć gabinety, w których jeszcze je znajdziemy. Moi koledzy nie szafują tą deklaracją. Wiele osób tłumaczy się, że skoro nie biorą, to nie muszą o tym trąbić.

...

Rozumiem, że nie każdy ma ochotę na taki gest. Ja osobiście nosiłam plakietę w klapie kitla (podobnie jak moi koledzy – rezydenci),

do pierwszego prania fartucha... Ani wcześniej nie brałam, ani teraz nie biorę łapówek, traktuję moich pacjentów godnie. Szkoda, że nie mogą liczyć na to samo ze strony MZ. Nasze środowisko jest bardziej podzielone niż jeszcze rok temu.

...

Lekarze w odbiorze społecznym uchodzą za jedno z najbardziej skorumpowanych środowisk. Czując się pokrzywdzeni piętnem łapówkarzy, chcieli to zmienić. Wybrali sposób, który miał być po pierwsze rodzajem deklaracji, po drugie pozytywnym sygnałem dla pacjentów. Czy na tych ostatnich zrobiło to wrażenie? Nie sądzę, za to podzieliło samych lekarzy.

...

Cała akcja przybrała charakter happeningu. Podjęta z rozmachem inicjatywa, która miała doprowadzić do poprawy relacji pacjent–lekarz, nie pomogła ani jednemu, ani drugiemu, a na pewno nie doprowadziła do normalizacji w środowisku lekarskim. Nic dziwnego, że nawet ci, którzy nosili plakietki, z czasem z nich zrezygnowali.

Z prac Prezydium

23 stycznia 2009 r.

Na wstępie omówiono trudną sytuację w szpitalach woj. łódzkiego, których kłopoty związane są głównie z zaniżeniem przez NFZ ich finansowania (o 20% w 2009 r., w stosunku do 2008 r.). Aby placówki ponownie nie zadłużały się, dyrektorzy podejmują próby ich restrukturyzacji, polegającej na ograniczaniu wykonywania świadczeń i likwidacji niektórych oddziałów (Zgierz, Łęczyska). Bardzo trudna sytuacja panuje w szpitalu w Pabianicach, gdzie na skutek działań komorniczych, pracownicy od grudnia 2008 r. nie otrzymują wynagrodzeń. Na znak protestu dyrekcja, wspólnie z organem założycielskim, podjęła decyzję o ograniczeniu przyjęć pacjentów do przypadków zagrażających zdrowiu i życiu. Z kolei w Tomaszowie Mazowieckim trwają przygotowania do przekształcenia SP ZOZ w spółkę, co przedstawia się jako sukces.

S. Zimny zrelacjonował przebieg posiedzenia Zarządu Krajowego OZZL, które odbyło się 16 stycznia br. w Łodzi. Postanowiono o rozszerzeniu na cały kraj akcji protestacyjnej, zapoczątkowanej przez Region Śląski OZZL. Akcja polegać ma na uświadamianiu pacjentom (ulotki, plakaty, listy do władz, oflagowanie ZOZ-ów), że stan finansowy szpitali oraz dostępność świadczeń zdrowotnych zależy głównie od wyceny świadczeń zdrowotnych przez NFZ. S. Zimny uważa, że dla kondycji szpitali gorsze od strajków lekarzy i innego personelu medycznego, są nieodpowiedzialne działania dyrektorów, godzących się na zaniżone stawki NFZ, czy podejmujących nieodpowiedzialne próby restrukturyzacji placówek.

W czasie posiedzenia Prezydium dyskutowano sprawę wniosku Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie m.in. niekonstytucyjności przepisów o obowiązkowej

przynależności przedstawicieli danego zawodu do korporacji zawodowej, w tym lekarzy do izb lekarskich. Mówiono o potrzebie zintegrowania działań samorządów, skierowanych przeciwko takim zakusom, co może doprowadzić do likwidacji izb, a także konieczności rozpoczęcia akcji medialnej na temat roli, jaką korporacje – zwłaszcza lekarska – tak naprawdę spełniają zarówno w interesie swych członków, jak i całego społeczeństwa. W dyskusji udział wzięli G. Mazur, S. Zimny, P. Czekalski, M. Kaczmarek-Banasiak, E. Jaszczuk.

W kolejnych punktach posiedzenia:

– P. Czekalski poinformował o skierowaniu przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jednego wniosku o ukaranie lekarza do Okręgowego Sądu Lekarskiego i orzeczeniu przez OSZ w stosunku do dwóch lekarzy kar upomnienia;

– S. Zimny poinformował o stosowaniu w niektórych szpitalach praktyki podpisywania z lekarzami, jako podmiotami gospodarczymi, kontraktów na dyżury, z zaznaczeniem w umowach, że praca wykonywana ma być na oddziale, a później zmuszanie ich do przyjmowania pacjentów, przywiezionych karetką, również w izbie przyjęć. Prosił izbowych radców prawnych o wydanie opinii w tej sprawie;

– Omówiono stan przygotowań do najbliższego, XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który odbędzie się w dniach 27–28 marca br. w Dobieszkuwie;

– Kapituła Odznaczenia „Zasłużony Nauczyciel Lekarzy” omówiła i zatwierdziła zgłoszone kandydatury do tego tytułu. Zgodnie z jej decyzją na zbliżającym się zjeździe odznaczenia zostaną wręczone: Markowi Zawirskiemu, Jerzemu Pawłowskiemu i Annie Motyckiej-Wranicz (dentystka) – z Delegatury Łódzkiej, Andrzejowi Filipiakowi – z Delegatury Piotrkowskiej, Jadwidze Teluk – z Delegatury Sieradzkiej i Witoldowi Morawskiemu – z Delegatury Skierniewickiej.

E. Jaszczuk zdała sprawozdanie z ostatniego posiedzenia Komisji Kształcenia NRL, którą zdominował temat dotyczący obowiązku gromadzenia przez lekarzy punktów edukacyjnych, co wiąże się z zakończeniem pierwszego okresu ich rozliczania. Z uwagi na ciągle zmieniające się przepisy w tej sprawie (izbowe oraz resortowe), od momentu wprowadzenia takiego obowiązku w 1997 r., a także dłuższy obecnie okres, z którego punkty są naliczane, prawidłowe ich ewidencjonowanie jest bardzo utrudnione. R. Filipczak przytaczał konkretne przykłady kłopotów, jakie mają w związku z tym kole-dzy z Delegatury Skierniewickiej, ze zgrupowaniem wymaganej liczby punktów. On też, wraz z E. Jaszczuk byli inicjatorami, aby w związku z bałaganem, jaki obecnie panuje w całym tym systemie, ten pierwszy okres rozliczeniowy traktować bardziej liberalnie. Po dyskusji i akceptacji członków Prezydium, Komisja Kształcenia ORL postanowiła opracować specjalne wytyczne w tej sprawie.

•••

W czasie posiedzenia Prezydium ORL przegłosowano – zgodnie z propozycjami odpowiednich komisji ORL – uchwały m.in. w sprawie: – przyznania praw wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz wpisania/skreślenia do/z izbowego rejestru członków; – wydania zezwoleń na wykonywanie indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej, albo praktyki lekarskiej na wezwanie oraz wpisania jej do rejestru OIL; – wpisania organizatorów szkoleń dla lekarzy do izbowego rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia; – desygnowania przedstawicieli ORL do komisji konkursowych na ordynatora i pielęgniarkę oddziałową.

(opr. NS)

Informacje z OIL

Indywidualne konta bankowe

W celu usprawnienia ewidencji składek z tytułu członkostwa w OIL, od 1 grudnia 2008 r. wprowadziliśmy nowy system, umożliwiający dokonywanie wpłat składek na indywidualne konta bankowe lekarzy – członków łódzkiego samorządu. Dzięki takiemu rozwiązaniu składki członkowskie wpływające od Państwa będą natychmiast księgowane przez bank na przydzielonych Państwu indywidualnych (o unikatowym numerze) rachunkach bankowych.

W związku z tym, wraz z bieżącym numerem „Panaceum”, każdy z Państwa otrzymał tzw. wrzutkę informującą o nowym systemie, a na etykiecie adresowej przesyłki znalazł się Państwa indywidualny numer konta bankowego. **Uwaga! Prosimy nie wyrzucać etykiety i dokładnie sprawdzić, czy numer konta znajduje się pod właściwym adresem imiennym.** Ten unikatowy numer, służący wyłącznie do dokonywania wpłat składek członkowskich,

składa się z 26 znaków, z czego ostatnich siedem cyfr odpowiada numerowi Państwa prawa wykonywania zawodu, co umożliwia bezbłędną identyfikację nadawcy przelewu.

Informujemy również, że od 1 lipca 2009 r. dokonywanie płatności składek członkowskich na indywidualne konto będzie obowiązkowe dla lekarzy dokonujących tych płatności w formie przelewu z indywidualnego konta. Jednocześnie gorąco zachęcamy Państwa do dokonywania wpłat z tytułu składek w drodze stałego zlecenia złożonego w swoim banku. Do zmiany formy dokonywania ww. wpłat zachęcamy też osoby, którym składki są potrącane z wynagrodzenia przez pracodawcę.

Warto jeszcze dodać, że **dotychczasowe numery kont bankowych, na które dokonywaliście Państwo (lub Państwa pracodawcy) wpłat składek członkowskich, będą nadal aktualne.** Możliwe będzie również – jak dotychczas – opłacanie składek w kasie OIL. Informacje i wyjaśnienia:

Dział Księgowości, tel. 042 683 17 91

Listy imienne

Okręgowa Komisja Wyborcza w Łodzi na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z 19 września 2008 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów, sporządziła imienne listy członków rejonów wyborczych utworzonych na terenie łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Z listami można się zapoznać na stronie internetowej www.oil.lodz.pl (zakładka: wybory), zostały one również opublikowane w tzw. insercie, stanowiącym załącznik do bieżącego numeru „Panaceum” 2/2009.

Lekarz lub lekarz dentyista – członek naszej Izby jest zobowiązany do sprawdzenia swojego nazwiska na liście właściwego rejonu wyborczego. Jeżeli zamierza uczestniczyć w wyborach w innym rejonie, może pisemnie wystąpić o umieszczenie go na liście wybranego rejonu (wzór wniosku – patrz druga strona wspomnianego insertu). Wnioski należy składać w terminie do 27 lutego 2009 r. w siedzibie OIL w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 bądź we właściwej delegaturze w Piotrkowie Trybunalskim, Sie-radzu lub Skierniewicach. Podkreślić trzeba, że Okręgowa Komisja Wyborcza może odmówić umieszczenia lekarza na liście innego rejonu wyborczego, jeżeli skreślenie go z listy rejonu, na który był wpisany, spowodowałoby jego likwidację.

Maria Kozłowska-Kijewska
przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Łodzi

Zjazd WAM-owców rocznik 1969

Z okazji 40-lecia ukończenia studiów w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi – rocznik 1969, organizowany jest specjalny, jubileuszowy Zjazd Absolwentów. Na spotkanie serdecznie zaprasza Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Medycznej i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Blisze informacje można uzyskać:

Roman Goś
tel. 0 660 427 777 lub 042 639 36 34

Janina Ostrowska
tel. 042 639 39 39



Bariery do pokonania

Łódzcy naukowcy z Uniwersytetu Medycznego koordynatorami unijnego projektu badawczego dotyczącego przestrzegania zaleceń terapeutycznych

9 stycznia 2009 r. w rektoracie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyła się konferencja inauguracyjna prace międzynarodowego projektu naukowo-badawczego ABC, czyli *Ascertaining Barriers for Compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe* (Ocena barier na drodze do przestrzegania zaleceń terapeutycznych: w celu osiągnięcia bezpiecznego, skutecznego i efektywnego kosztowo użycia leków w Europie).

Unikatowość tego przedsięwzięcia polega na tym, że jest to jedyny projekt zarządzany przez polską instytucję w ramach trwającego od 2007 roku 7 Programu Ramowego Unii Europejskiej, w obszarze badań dotyczących zdrowia. Po dwóch latach wyłożonych przygotowań, UM został koordynatorem międzynarodowego konsorcjum, które w latach 2009–2011 będzie realizowało poświęcony temu zadaniu projekt badawczy. Na czele projektu stanął jego pomysłodawca – dr hab. n. med. Przemysław Kardas, kierownik I Zakładu Medycyny Rodzinnej UM.

Celem projektu ABC jest doprowadzenie do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów w krajach całej Europy. Okazuje się bowiem, że blisko połowa Europejczyków, leczących się zarówno z powodu schorzeń przewlekłych, jak i ostrych, nie przyjmuje przepisanych leków zgodnie z zaleceniami lekarzy. Zdrowotne następstwa tego zjawiska są bardzo poważne, a polegają m.in. na tym, że nie udaje się osiągnąć właściwych efektów leczenia. To powoduje równie ważne następstwa finansowe, przyczynia się bowiem do wzrostu kosztów ponoszonych przez systemy opieki zdrowotnej na dodatkowe badania diagnostyczne, leki, czy hospitalizacje.

Twórcy projektu postanowili zaprojektować i przeprowadzić badania, które na

podstawie danych zebranych z większości krajów UE doprowadzą do opracowania popartych analizami ekonomicznymi wytycznych dla przedstawicieli służby zdrowia i organów ustawodawczych w celu poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Projekt ABC ma także doprowadzić do opracowania zunifikowanej terminologii dotyczącej tego zagadnienia oraz zidentyfikowania najczęstszych przyczyn braku współpracy chorych z lekarzami w Europie.

Realizacja wspomnianych celów będzie możliwa dzięki współpracy naukowców z łódzkiej UM z najlepszymi europejskimi ośrodkami zajmującymi się tym zagadnieniem: Bangor University z Walii, Keele University z Anglii, Aberdeen University ze Szkocji oraz Katholieke Universiteit Leuven z Belgii. Wśród partnerów projektu znalazła się także szwajcarska firma Pharmionic Systems, wyspecjalizowana w dziedzinie precyzyjnych pomiarów przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Projekt swym zasięgiem obejmie w sumie 16 państw UE – oprócz biorących w nim udział bezpośrednio Polski, Belgii, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii, także Austrii, Czech, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Niemiec, Węgier, Włoch, Holandii, Portugalii i Hiszpanii.

W konferencji inauguracyjnej Projekt ABC, otwartej przez rektora UM w Łodzi, prof. dr. hab. med. Pawła Górskiego, udział wzięli – poza przedstawicielami pięciu organizacji zagranicznych współdziałający w badaniach – również: Anita Kucharska – przedstawicielka Komisji Europejskiej w Brukseli, dr hab. n. med. Roman Danilewicz, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa w Ministerstwie Zdrowia oraz Anna Pytko i Ewa Szkiłdź z Krajowego Punktu Kontaktowego Programów Badawczych Unii Europejskiej. (NS)

Niezwykła wigilia

19 grudnia 2008 r., w godzinach popołudniowych, w zgierskiej restauracji „Złota Rybka” miało miejsce niezwykle spotkanie wigilijne pracowników Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu. Jego inicjatorem i animatorem był szef oddziału – prof. dr hab. med. Lech Pomorski. Na spotkaniu stawił się cały zespół lekarski i pielęgniarski oddziału chirurgicznego, a także z bloku operacyjnego. Przybyli przedstawiciele dyrekcji Szpitala, nie zabrakło księdza kapelana Michała Żarneckiego. Spotkanie zaszczytli swoją obecnością: Jerzy Sokół – prezydent miasta Zgierza i Stanisław Łodwig – wiceprezydent.

Uroczystość była niezwykła. Żegnano najstarszych chirurgów zgierskiego Szpitala przechodzących na emerytury, którzy przepracowali tu prawie 44 lata. Dr Piotr Lewandowski i dr Wiesław Krakowski rozpoczęli pracę w Szpitalu w styczniu 1965 r., wraz z jego otwarciem, jako lekarze stażyści. Współuczestniczyli w organizowaniu oddziału chirurgicznego, własnymi rękoma urządzając sale operacyjne i sale chorych. W następnych latach nabywali wiedzę i praktykę chirurgiczną, uzyskując kolejne stopnie specjalizacyjne. Przez kilkanaście ostatnich lat doktor Lewandowski był ordynatorem oddziału chirurgicznego tego Szpitala, a doktor Krakowski – jego zastępcą.

Po krótkiej części naukowej, obecny szef chirurgii – profesor Pomorski w pięknych, ciepłych słowach podziękował kolegom za te wszystkie lata pracy. Wyrazy podziękowania i uznania padły również ze strony dyrekcji, która przekazała wzruszonym nestorom pamiątkowe dyplomy i albumy „Perły architektury”. Wzruszenia były jeszcze większe,

kiedy koleżanki i koledzy wręczyli doktorom P. Lewandowskiemu i W. Krakowskiemu wspaniałe szable oficerskie z wygrawerowanymi na klingach inskrypcjami. Na obu można było przeczytać: „... – mistrzowie cięć chirurgicznych koleżanki i koledzy z Oddziału Chirurgii Ogólnej WSS w Zgierzu”, a na szabli przeznaczonej dla doktora Wiesława dodano jeszcze „i mistrzowie olimpijskiemu”, aby nieco żartobliwie podkreślić jego znane w świecie lekarskim osiągnięcia sportowe.

Nie zabrakło pięknych kwiatów, uścisków, całusów, życzeń na dalsze lata. Oj, iza się w oku kręciła...

A potem zaczęła się tradycyjna wieczerza wigilijna, którą zainauguowało kilka „słów od serca” księdza Michała oraz wspólna kolęda. Jej słowa *Gloria, gloria, gloria in excelsis Deo* zagrzały głośno, podrywając płatki śniegu spadającego wtedy w obfitości, jakby i on chciał zwiększyć czar tych chwil. I było łamanie się opłatkiem, życzenia, uściski, a później podano wyborne wigilijne potrawy.

Dziękujemy Ci, Profesorze za zorganizowanie tej uroczystości!

Wiesław i Piotr



Szable wręczone nestorom zgierskiej chirurgii: P. Lewandowskiemu (z lewej) i W. Krakowskiemu, to kopie polskiej szabli oficerskiej wz. 1921/1922. Szable tego wzoru zostały zatwierdzone w Wojsku Polskim rozkazem Ministerstwa Spraw Wojskowych z dnia 12 kwietnia 1921 r. Były używane przez oficerów Wojska Polskiego do 1939 r.

fol. A. Paradowska

Lekarz nie przynosi życia ani nim nie rządzi, może je tylko osłaniać, jak dłoń osłania płomyk światła przed zbyt mocnym wiatrem.

Blisko 43 lata pracy zawodowej łączy Pana z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Zgierzu. Były to lata pracy dla dobra każdego pacjenta, który przekroczył próg gabinetu lekarskiego, dla dobra szpitala i medycyny. Za te wszystkie lata i każdy dzień z około szesnastu tysięcy dni wytężonej i owocnej pracy dziękujemy z całego serca. Można powiedzieć, że poświęcił Pan swój najlepszy czas i talent dla ludzi – lecząc, wielokrotnie ratując życie, przynosząc nadzieję, przekazując młodym lekarzom swoje doświadczenia i wiedzę, gromadzone i wzbogacane przez kolejne lata. Ufamy, iż każdy dzień spędzony z nami był źródłem satysfakcji i radości, a włożony trud i wysiłek opłaciły się. Obdarowany jest bowiem nie tylko człowiek, który otrzymuje, lecz i człowiek, który daje (...)

(fragment dyplomów, jaki otrzymali nestorzy chirurgii od dyrekcji WSzS w Zgierzu)

Noworoczne koncerty Chóru UM w Łodzi

W pierwszych dniach nowego roku dwukrotnie miałem okazję uczestniczyć w koncertach Chóru Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pierwszy z nich był znakomitą ozdobą muzyczną tradycyjnego spotkania opłatkowego pracowników ochrony zdrowia z metropolią łódzką – abp. Władysławem Ziółkiem, które odbyło się 3 stycznia w auli Wyższego Seminarium Duchownego w Łodzi. Zespół koncertował po wystąpieniach duszpasterza służby zdrowia – ks. Pawła Sudowskiego, rektora UM – prof. Pawła Górskiego i Jego Ekscelencji Księdza Arcybiskupa. Na koncert złożyły się tradycyjne polskie kolędy w różnych opracowaniach, część z nich śpiewali wspólnie z chórem zgromadzeni w auli lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych.

Okazją do drugiego spotkania z Chórem był noworoczny koncert kolęd, który odbył się 11 stycznia w kościele oo. Jezuitów p.w. Najświętszego Imienia Jezus w Łodzi. Podczas tego występu zaprezentowano kantatę bożonarodzeniową J. W. Petersona „Pierwsza

kolęda”, partie solowe śpiewała gościnnie Anna Jeremus-Lewandowska – sopran, profesor białostockiej filii Uniwersytetu Muzycznego w Warszawie. Chórem podczas obu koncertów dyrygowała Anna Domańska, która na co dzień się nim opiekuje – profesor Akademii Muzycznej w Łodzi, kierownik Katedry Edukacji Artystycznej na Wydziale Kompozycji, Teorii Muzyki, Rytmiki i Edukacji Artystycznej.

Członkami Chóru są przede wszystkim studenci różnych wydziałów UM, ale śpiewa w nim również pięcioro lekarzy. Zespół istnieje od 10 marca 2005 r. i część jego członków zdążyła w międzyczasie skończyć studia. W jego repertuarze znajdują się utwory *gospel* i *negro spiritual*, kolędy, muzyka dawna, ludowa, sakralna, a także rozrywkowa. Chór występuje w różnych miejscach. W grudniu minionego roku można go było posłuchać w dzień Świętego Mikołaja, podczas koncertu w Łódzkiej Filharmonii „Głos to też instrument”, kiedy śpiewał dla dzieci kolędy. W październiku na-



Bóg zapytał Kainę: „Gdzie jest brat twój Abel?”
On odpowiedział: „Nie wiem. Czyż jestem stróżem brata mego?”

Lekarze (i nie tylko) o ordynowaniu środków postkoitalnych

Odmowa na życie

6 grudnia 2008 r. w siedzibie łódzkiej OIL odbyło się konwersatorium nt. *Aspekty etyczne i medyczne ordynowania środków postkoitalnych*. Spotkaniu, zorganizowanemu pod patronatem Oddziału Łódzkiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich oraz Komisji Etyki OIL, przewodniczył prof. dr hab. med. Bogdan Chazan, były konsultant krajowy z zakresu ginekologii i położnictwa. Istotą debaty była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy tzw. pigułka „po” jest preparatem antykoncepcyjnym, czy wczesnoporonnym.

Mechanizm działania dopuszczonych do obrotu w Polsce preparatów progestagenowych (*Postinor Duo*, *Escapelle*) zależy od fazy cyklu miesięczkowego. Pigułka zażyta przed owulacją zaburza cykl miesięczkowy, nie dopuszczając do zapłodnienia komórki

jajowej, ale przyjęta w trakcie owulacji lub po niej opóźnia przemieszczanie się komórki jajowej przez jajowód oraz tak zmienia błonę śluzową macicy, że zagnieżdżenie powstałego zarodka staje się niemożliwe.

Według WHO wspomniane preparaty nie są środkami wczesnoporonnym, ponieważ nie eliminują zarodków po ich implantacji w jamie macicy. Wątpliwości budzi jednak fakt uniemożliwienie zdolności tej implantacji poprzez ingerencję farmakologiczną. Uwzględniając bowiem potencjalny biologiczny rozwój zarodka ludzkiego (stanowisko ultraliberalne), może się on rozwinąć w odrębną jednostkę ludzką, stać się linią komórek macierzystych lub przedmiotem badań naukowych, w końcu nie uzyskać żadnej formy dalszego życia, dzieląc los

zarodków spontanicznie lub celowo utraczonych. Odmowa na życie w sytuacji przyjęcia pigułki „po” mieści się w alternatywie semantycznej, wymienionej jako ostatnia.

W czasie konwersatorium nie odważyliśmy się na wyrażenie jednoznacznych wniosków w tej sprawie. Pozostały wątpliwości:

- Czy zarodki należy traktować zgodnie z zasadami obowiązującymi w kontaktach świadomych jednostek, czy raczej na poziomie ludzkich narządów i tkanek?
- Czy własne niepowtarzalne DNA zarodka, mogące rozwinąć się w odrębną jednostkę ludzką, uprawnia go do posiadania praw osobowych człowieka?
- Czy nadanie statusu osobowego zarodka nie ingeruje zbyt głęboko w funkcje biologiczne kobiety?
- Czy zarodki można traktować przedmiotowo i uprawnione jest zawłaszczanie ich przez potencjalnych rodziców?
- Czy zarodek ludzki, będący potencjalnym człowiekiem, powinien być traktowany jak *homo sapiens recens*, gdy tkankom oraz narządom naszego gatunku nie przysługują prawa ludzkie?

W tym miejscu warto zwrócić uwagę, że art. 30 Konstytucji RP z 1997 r. nie nadaje *expressis verbis* zarodkowi ludzkiemu podmiotowości prawnej. Zabiegi wewnątrzmaciczne płodu wymuszają jednak prawdopodobnie nowelizację tego zapisu.

Reasumując – pigułka „po” przed owulacją ma charakter preparatu antykoncepcyjnego. Ze względu na dużą dawkę progestagenu nie może być jednak środkiem standardowym. Ordynowanie jej w okresie owulacji lub po niej uniemożliwia w sposób sztuczny dalszy rozwój zarodka, co może wzbudzać zastrzeżenia moralne.

Józef Szymczyk
fot. B. Szymańska

PS. Dziękuję Paniom Annie Marciniak i Bożenie Szymańskiej za staranne i estetyczne przygotowanie sali obrad.

tomiast dwukrotnie wykonał Mszę Des-dur Stanisława Moniuszki (na chór, solistów i organy) w kościele oo. Franciszkanów w Łagiewnikach i w kościele Środowisk Twórczych w Łodzi. Corocznie chór uświetnia uroczystość inauguracji roku akademickiego w Uniwersytecie Medycznym.

Po wysłuchaniu wymienionych wyżej koncertów, składam wszystkim artystom Chóru i ich opiekunce – Pani Profesor Annie Domańskiej wyrazy uznania i życzenia dalszych sukcesów. W Polsce śpiewają tylko dwa chóry lekarskie – w Szczecinie i Olsztynie, może doczekamy się w Łodzi trzeciego?

Ryszard Golański

PS. Przy okazji wszystkich zainteresowanych działalnością Chóru UM w Łodzi informujemy, że nabór do zespołu trwa przez cały rok. Nie jest wymagana znajomość nut, liczy się chęć do wspólnego śpiewania. Więcej informacji na stronie internetowej www.umed.lodz.pl, w zakładce: studenci/organizacje/chór.





Z lekarskiej wokandy

Bez kapci „Wstęp Bron”

Do biura jednego z okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej wpłynęła skarga lekarki emerytki na kolegę lekarza – asystenta pewnej kliniki uczelni medycznej, w której pani doktor przebywała w charakterze osoby odwiedzającej pacjenta. Tenże asystent wyprosił ją – delikatnie określając jego zachowanie, bo odbyło się to z udziałem szpitalnego ochroniarza – z terenu oddziału klinicznego z tego powodu, że nie miała ochraniaczy na obuwie, które są zwykle dostępne w automacie w szpitalnym holu. Całe zdarzenie rozegrało się wobec grupy studentów medycyny odbywających ćwiczenia w klinice.

Czy zachowanie lekarza asystenta (a może nie tylko jego) było nieetyczne? Nie mnie to roztrząsać. Zwracam jedynie uwagę na następujące przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej (cytuję): art. 1 ust. 3 – „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”; art. 52 ust. 1 – „Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek”; art. 78 – „Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będących pod ich opieką.” Nie zazdroszczę rzecznikowi, bo sprawa nie wydaje się prosta...

Ja natomiast chciałbym zająć się w tym miejscu innym aspektem tego zdarzenia, a mianowicie, czy istnieją jakieś unormowania prawne wymuszające obowiązek zakładania w szpitalach przez osoby do nich przychodzące obuwia ochronnego, czyli tzw. kapci? Niewątpliwie aktem prawnym, który może stanowić podstawę rozważań na ten temat jest ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a konkretnie jej art. 18a, nakładający na kierownika ZOZ-u obowiązek ustalenia regulaminu porządkowego, który określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w danej placówce. Ujmując minimalne wymogi treści regulaminu w pięciu punktach, ust. 1a przywołanego przepisu stanowi, że (tu cytat) „powinien on określić w szczególności” m.in. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych zakładu, wewnętrzną organizację i zadania tych jednostek, a także warunki współdziałania między nimi, ponadto prawa i obowiązki pacjenta.”

Maciej Dercz i Tomasz Rek w swoim komentarzu do ustawy o zakładach opieki

zdrowotnej piszą, że regulamin porządkowy jest drugim co do ważności (po statucie) wewnętrznym aktem regulującym funkcjonowanie publicznego lub niepublicznego ZOZ-u. Wskazują przy tym, że chociaż zakres przedmiotowy tego regulaminu odnosi się głównie do sfery podstawowej działalności placówki, zatem do udzielania świadczeń zdrowotnych, to jednak nie ma on charakteru zamkniętego ze względu na zwrot „w szczególności”. Oznacza to, że nie ma przeszkód do uregulowania w regulaminie porządkowym także innych istotnych, a niewymienionych w ustawie kwestii związanych z organizacją i porządkiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nie wszystko może i musi podlegać reglamentacji prawnej, a ślepe stosowanie nawet uzasadnionych procedur prowadzi często do absurdów. Decydować powinien zdrowy rozsądek.

Komentatorzy podkreślają też fakt, iż nie wolno w regulaminie porządkowym ZOZ-u – o czym stanowi ust. 2 wspomnianego art. 18a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – ograniczać ustawowo określonych praw pacjenta. Stosownie do art. 19 ust. 3 pkt. 2 tej ustawy, w przypadku pacjentów hospitalizowanych (czyli przebywających w placówkach przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych), do takich praw należy możliwość kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz. Autorzy wskazują jednak, że do regulaminu można wprowadzać regulacje, które odwołują się do ograniczeń praw pacjenta wynikających z samej cytowanej ustawy. W przypadku zatem zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu – zgodnie ust. 5 wspomnianego art. 19 ustawy – kierownik szpitala lub upoważniony lekarz mogą ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz.

Drugim aktem prawnym, do którego sięgnąłem w związku z tematem „kapci”, jest – wydane na podstawie art. 9 przywołanej wyżej ustawy – rozporządzenie ministra zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowot-

nej. W kontekście sprawy zwracają uwagę dwa postanowienia tego rozporządzenia, mówiące o tym, że: po pierwsze – w głównym holu wejściowym ZOZ-u powinno się znajdować miejsce dla okryć wierzchnich osób przychodzących (§ 17 ust. 1 pkt. 1), po drugie zaś – podłogi w placówce powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (§ 37 ust. 1).

Z obowiązujących przepisów tzw. wyższego rzędu nie wynika zatem wprost obowiązek noszenia obuwia ochronnego w szpitalu, ale też nie ma przepisu, który zakazywałby wprowadzenia takiego obowiązku w regulaminie szpitala. Myślę, że w sprawach tych powinien zatem decydo-

wać zdrowy rozsądek. Nie wszystko bowiem może i musi podlegać reglamentacji prawnej, a ślepe stosowanie nawet uzasadnionych procedur prowadzi często do absurdów.

W większości regulaminów szpitalnych znaleźć można zapis, który nakazuje osobom przychodzącym do szpitala (głównie odwiedzającym chorych) czyszczenie obuwia lub zakładanie ochraniaczy. Ale są też ZOZ-y, które rozwiązały ten problem inaczej, o czym dowiedziałem się przeglądając dostępne w Internecie strony informacyjne różnych placówek zdrowotnych. Otóż w jednym ze szpitali zakupiono i położono przy wejściach na oddziały tzw. maty bakteriobójcze. I kto wie, czy nie jest to właśnie przysłowiowy „złoty środek”, rozwiązujący cały „kacapiany” problem.

Jerzy Ciesielski
adwokat

PS. Tytuł odwołuje się – co jest „oczywistą oczywistością” – do napisu na desce znajdującej się obok chatki Kubusia Puchatka (zainteresowanych odsyłam na stronę www.sciaga.pl/tekst/83157-84-moja_ulubiona_postac_z_kubusia_puchatka). Napisu równie absurdalnego, jak nie dające żadnej ochrony sanitarnej plastikowe obuwie ochronne, a służące nierzadko jako pretekst do okazania władzy personelu szpitala nad rodzinami pacjentów.

Wątpliwości wokół recept:

„Pro auctore” i „pro familia”

Odpowiadając na wątpliwości dotyczące wystawiania recept „pro auctore” lub „pro familia”, pozwałam sobie ponownie przedstawić następujące stanowisko. Odpowiedzi na te wątpliwości poszukiwać należy w rozporządzeniu ministra zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (DzU z tego roku nr 97 poz. 646 ze zm.), a szczególnie w jego § 3 ust. 3, § 3 ust. 7, § 4 ust. 2.

Lekarze mogą wystawiać recepty „pro auctore” lub „pro familia”, jeżeli mają prawo wykonywania zawodu oraz zawarli umowę z NFZ upoważniającą do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom. Recepty takie mogą być wystawiane dla samego lekarza lub ubezpieczonych członków jego rodziny, tj. jego współmałżonka oraz wstępnych i zstępnych w linii prostej, a także własnego rodzeństwa.

W wypadku takich recept w części recepty:

1) przeznaczonej na wpisanie danych pacjenta wpisuje się dodatkowo adnotację: „pro auctore” (w tym przypadku dane pacjenta nie muszą zawierać elementów, które są umieszczone na pieczęcie lekarskiej) lub „pro familia”;

2) przeznaczonej na wpisanie danych upoważnionego podmiotu wpisuje się: – imię i nazwisko lekarza wystawiającego receptę, jego adres i numer telefonu oraz dziewięćcyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie z NFZ.

Dane upoważnionego podmiotu nanoszone są na receptę za pomocą nadruku lub pieczętki, albo naklejki przymocowanej do recepty w sposób uniemożliwiający jej usunięcie bez zniszczenia druku recepty. Uwaga! Wszystkie te dane muszą być czytelne.

Nie jest moim zdaniem możliwe wykorzystywanie w tym celu recept zakładu opieki zdrowotnej, w którym lekarz jest zatrudniony. Recepta wystawiona na takim druku nie będzie receptą „pro auctore” lub „pro familia”. Oczywiście nie ma przeszkód, aby osoby, na rzecz których mogą być wystawiane takie recepty, korzystały ze świadczeń zakładu zatrudniającego tego lekarza. Jednak na takich samych zasadach, jak inni pacjenci i powinno zostać to w sposób właściwy odnotowane w dokumentacji tego zakładu, w tym w dokumentacji medycznej.

Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

Trzy na trzy miesiące

Po wielu miesiącach (...) udało się uzyskać wyjaśnienia z Ministerstwa Zdrowia w sprawie wystawiania i realizacji recept z wpisywaną datą w polu „data realizacji od dnia”, czyli przy rozbijaniu przez lekarza trzymiesięcznej kuracji na trzy jednomiesięczne. Otrzymana odpowiedź wreszcie jasno i ostatecznie tłumaczy zasady wystawiania i realizacji recept z polem „data realizacji od dnia”.

Z otrzymanej odpowiedzi, dostępnej na stronach www.katowice.oia.pl i w serwisie Prawnym LexPharma (www.prawo.farmacja.pl – dział pisma), można wyciągnąć następujące wnioski:

1) zapis rozporządzenia dający możliwość rozbijania kuracji trzymiesięcznej na trzy jednomiesięczne stworzono po to, by lekarz mógł zamiast jednej recepty z lekiem na trzymiesięczną kurację wystawić trzy recepty na trzy jednomiesięczne kuracje. Lekarz nie może wykorzystywać możliwości wystawiania recept z odroczoną datą realizacji do wystawiania pojedynczych recept. Muszą to być trzy recepty. Jest to jednak zasada stawiana lekarzom, która nie jest możliwa do weryfikacji w aptekach;

2) recepta na pierwszy miesiąc kuracji nie musi w polu „data realizacji od dnia” zawierać identycznej daty z datą wystawienia recepty. Data ta może być inna;

3) kolejne daty realizacji nie muszą, w stosunku do daty wystawienia recepty, stanowić określonych okresów (np. miesięcznych), mogą być dowolne;

4) recepty z datą w polu „data realizacji od dnia” muszą być realizowane w terminie ważności recepty liczoną od tej daty realizacji, czyli np. 30-dniowym;

5) wiadomo, że recepty z wpisaną datą realizacji są automatycznie receptami tylko na jednomiesięczną kurację.

Dodatkowo w Śląskim OW NFZ wyjaśniliśmy, że nie ma podstaw, by na takich receptach nie można było ordynować antybiotyków, jednak wtedy należy dostosować się do 7-dniowego terminu ich realizacji od wpisanej daty realizacji (...) Warto również pamiętać, że od nowego roku mogą być wystawiane przez lekarzy tylko recepty na nowych drukach, które posiadają w swoim wzorze pole: data realizacji od dnia (...)

dr farm. Stanisław Piechula
prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej

RPO o kasach dla lekarzy i prawników

29 grudnia 2008 r. Rzecznik Praw Obywatelskich – Janusz Kochanowski, złożył do Trybunału Konstytucyjnego wniosek o stwierdzenie niezgodności art. 111 ust. 7 pkt. 3, w związku z art. 111 ust. 8 ustawy z 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług z Konstytucją RP, a konkretnie jej art. 92 ust. 1.

W uzasadnieniu do wniosku Rzecznik pisze, że otrzymuje skargi kwestionujące zwolnienie niektórych grup podatników, w tym m.in. świadczących usługi lekarskie oraz usługi prawnicze, z obowiązku prowadzenia ewidencji obrotów i podatków przy zastosowaniu kas rejestrujących. Zdaniem skarżących, dokonywane przez prowadzącą zwolnienia w tym zakresie (aktualnie ujęte w treści rozporządzenia Ministra Finansów z 27 czerwca 2008 r. w sprawie kas rejestrujących) noszą wszelkie cechy dowolności. Formułowane są zarzuty naruszenia w ten sposób zasady sprawiedliwości podatkowej, a co za tym idzie – przywilejowania niektórych podatników.

Rzecznik jest zdania, że zarzuty te mają uzasadnione podstawy. Nie kwestionując możliwości zwolnienia podatników z obowiązku stosowania kas rejestrujących, uważa on, że takie zwolnienia powinny następować na podstawie wyraźnie określonych i jednoznacznych w swojej treści kryteriów, tak aby możliwe było wykluczenie w tym zakresie jakiegokolwiek dowolności. Tymczasem wskazany artykuł ustawy o podatku od towarów i usług nie zawiera wystarczająco precyzyjnych wskazówek, jakimi kryteriami powinien się kierować organ, wydający w tej sprawie stosowne rozporządzenie.

Rzecznik zastrzegł na koniec, że nie jest jego intencją pozbawienie ministra właściwego do spraw finansów publicznych możliwości zwalniania podatników z obowiązku prowadzenia ewidencji za pomocą kas rejestrujących. Ważne jest tylko to, aby to uprawnienie nie miało cech arbitralności, a w konsekwencji miało swoje racjonalne uzasadnienie.

(ns)

Merytoryczne uzasadnienie wniosku – www.rpo.gov.pl/aktualności/archiwum



Creator Sp. z o.o. - Firma z trzydziestoletnią tradycją, wychodząc naprzeciw społecznemu zapotrzebowaniu uruchomiła Ośrodek Profilaktyki i Rehabilitacji, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - w Łodzi przy ul. Kopernika 55a.

O wyborze aglomeracji łódzkiej, jako miejsca zlokalizowania pierwszego ośrodka przyszłej sieci, zdecydowała zarówno liczba jej mieszkańców, jak również akademicki charakter miasta, który warunkuje profesjonalne, kompleksowe i naukowe prowadzenie tego typu działalności.

Nowo otwarta poradnia rehabilitacyjna wraz z zakładem fizjoterapii zajmuje powierzchnię około tysiąca metrów kwadratowych oraz spełnia wszelkie wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Ta nowoczesna placówka wyposażona w sprzęt najnowszej generacji, usytuowana została w samym centrum Łodzi, w miejscu z dogodnym dojazdem środkami komunikacji miejskiej. Ośrodek, który został pozbawiony barier architektonicznych jest całkowicie dostosowany dla potrzeb osób niepełnosprawnych, a poprzez atrakcyjne estetycznie i użytkowo wnętrza jest przyjazny choremu.

Nasza oferta rehabilitacyjna obejmuje pełną gamę zabiegów z zakresu:

- elektrolecznictwa
- światłolecznictwa
- ciepłolecznictwa
- laseroterapii
- magnetoterapii
- ultradźwięków
- krioterapii miejscowej
- hydroterapii oraz masażu leczniczego.

Zabiegi w OPIR Creator są refundowane przez:

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia



Ośrodek dysponuje jedną z najnowocześniejszych w kraju komorą kriogeniczną do zabiegów krioterapii

ogólnoustrojowej oraz zapleczem kilku sal do kinezyterapii indywidualnej i grupowej, jak też wyposażony jest w szeroką gamę przyrządów wykorzystywanych w pełnowymiarowym usprawnianiu ruchowym chorego.

Obok świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej, Ośrodek udzielał będzie również świadczeń w warunkach domowych. Kadre Ośrodka stanowią lekarze specjaliści m. in. z zakresu rehabilitacji medycznej, neurologii, ortopedii i traumatologii, a także wysoko wyspecjalizowani, posiadający doświadczenie w rehabilitacji magistrowie fizjoterapii.



Ośrodek Profilaktyki i Rehabilitacji w Łodzi
e-mail: lodz@creator.wroc.pl
tel. (042) 230-10-00, (042) 230-10-01

Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej jest innowacyjną, zaawansowaną technologicznie placówką medyczną wyposażoną w nowoczesną 12-osobową komorę hiperbaryczną STARMED 2200/5 firmy HAUX. Ośrodek funkcjonuje zgodnie z Europejskim Kodeksem Dobrej Praktyki w Terapii Tlenem Hiperbarycznym oraz spełnia wymagania ECHM (Europejskiego Komitetu Medycyny Hiperbarycznej).

Informacja dla pacjentów oraz lekarzy makroregionu łódzkiego

W pierwszym kwartale 2009 roku w NZOZ CREATOR przy ul. Kopernika 55a w Łodzi rozpocznie działalność piąty w kraju Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej.

Warunkiem kwalifikacji na leczenie jest skierowanie do Ośrodka Tlenoterapii Hiperbarycznej od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Refundacja zabiegów tlenoterapii hiperbarycznej rozpocznie się bezpośrednio po podpisaniu kontraktu z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, o czym poinformujemy Państwa w osobnym ogłoszeniu.

Wskazania:

- zatrucie tlenkiem węgla
- choroba dekompresyjna
- oparzenia
- zatorowość powietrzna lub gazowa
- zgorzel gazowa
- martwicze zakażenie tkanek miękkich
- urazy mięśniowo - szkieletowe oraz zmiążdżeniowe
- nagła głuchota
- niedokrwistość pokrwotoczna
- trudno gojące się rany
- zespół stopy cukrzycowej
- przeszczepy skóry
- zapalenie kości
- promienne uszkodzenie tkanek miękkich i inne.



W takiej wieloosobowej komorze hiperbarycznej, którą dysponuje Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej w Łodzi, jeden z pięciu w kraju, od stycznia 2009 roku leczyć się będą pacjenci m.in. po zatruciach tlenkiem węgla, rozległych oparzeniach, wypadkach, zapaleniu kości, przeszczepach skóry oraz pacjenci z zespołem stopy cukrzycowej.

Przeciwwskazania do terapii hiperbarycznej:

- nieodbarczona odma opłucnowa
- przyjmowanie leków:
 - Adriamycyny,
 - Disulfiram,
 - Cis-platyny,
 - Bleomycyny.

Przeciwwskazania względne:

- zakażenia górnych dróg oddechowych
- stany gorączkowe
- ciąża
- padaczka
- rozedma płuc
- przebyte operacje ucha i klatki piersiowej
- rozsiana choroba nowotworowa

Creator®

ISO 9001:2000



Łódź, ul. Kopernika 55a, 90-553 ŁÓDŹ
c.pl, www.creator.wroc.pl
230-10-01, (042) 230-10-02

Złota godzina

Artykuł sponsorowany

Z Profesorem Juliuszem Jakubaszko, kierownikiem Katedry Medycyny Ratunkowej Akademii Medycznej we Wrocławiu, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej oraz członkiem zarządów Światowej Federacji i Europejskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, a także konsultantem krajowym d. s. medycyny ratunkowej rozmawia dr Jerzy Bogdan Kos.

Tematem rozmowy są narodziny i pierwsze doświadczenia nowej, bo mającej niespełna dziesięć lat, dyscypliny naukowej i specjalizacji lekarskiej – medycyny ratunkowej.

Rozmowę prowadzimy w jeszcze nie w pełni zagospodarowanych pomieszczeniach Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej, które zajmują jeden z segmentów nowego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej przy ul. Borowskiej we Wrocławiu. Profesor dzieli czas na kontakt ze mną i na pracę wśród chorych, a zwłaszcza na nadzór nad pracą dwóch komór służących tlenowej terapii hiperbarycznej. Bowiem już od marca br. świadczy swoje usługi afiliowany przy Centrum Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej CREATOR.

Rozmowa, co pewien czas przerywana jest telefonami, informacjami przekazywanymi przez współpracowników oraz wezwaniami do pokoi zabiegowych i pomieszczeń, w których umieszczone są komory i stanowiska sterujące ich działalnością. W komorze jednoosobowej leży mężczyzna i wsparty na jego ramieniu 11-letni nieprzytomny syn ze spastycznymi przykurczami kończyn.

W dużej dwunastoosobowej komorze, o wnętrzu przypominającym część pasażerską samolotu, siedzą w wygodnych fotelach chorzy ubrani w zielonkawę stroje, w wśród nich pielęgniarka nadzorująca ich stan fizyczny i samopoczucie. Czworo z nich to ofiary wczorajszego zatrucia czadem – rodzice i dzieci, a obok nich chorzy skierowani ze szpitali z rozległymi ranami kończyn. Dla wszystkich tlenoterapia hiperbaryczną jest szansą na szybsze wyzdrowienie. Dla niektórych – jedyną nadzieją na życie.

• Medycyna ratunkowa, ratownictwo medyczne, ratownicy licencjonowani, kliniki i oddziały ratownictwa medycznego – to pojęcia nowe, słowa - klucze, które dopiero przed kilku laty trafiły do słownika powszechnego. Jakie nowe idee i kierunki działań one sygnalizują?

W bieżącym roku mija 40 lat od ustanowienia medycyny ratunkowej jako jednego z podstawowych działów w systemie ochrony zdrowia oraz samodzielnej medycznej dyscypliny naukowej. Pierwsze idee i działania organizacyjne miały miejsce w Stanach Zjednoczonych - przypomniał je Kongres Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej, który odbył się w końcu października w Chicago. W Europie pierwsze formy organizacyjne medycyny ratunkowej powstały w Wielkiej Brytanii i Irlandii. Rolę inspiratora i popularyzatora nowych idei przyjął Katolicki Uniwersytet w Leuven, w Belgii, przedstawiając je na międzynarodowej konferencji w maju 1992 roku, poświęconej współczesnej medycynie ratunkowej. Byłem wśród tych, którzy zafascynowani nimi powołali - w 1992 roku - „Klub z Leuven”. Europejskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej (Eu SEM) powstało z przekształcenia tego klubu w roku 1994. Prezydentem Towarzystwa został wówczas prof. Herman Deloos, bliski współpracownik prof. Petera Safara, „guru” współczesnych działań resuscytacyjnych w medycynie. Mnie powierzono funkcje wiceprezydenta towarzystwa - pełniłem je przez dwie kadencje. W Polsce medycyna ratunkowa usankcjonowana została prawnie w 1999 roku. Również w 1999 roku powołano Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Tyle, w koniecznym skrócie, informacji o historii medycyny ratunkowej w Polsce i poza jej granicami.



Profesor Juliusz Jakubaszko przy jednoosobowej komorze tlenoterapii hiperbarycznej.

• W Europie dążącej do integracji zapewne konieczne jest wprowadzenie ujednoliconego modelu organizacyjnego medycyny ratunkowej oraz podobnych zasad szkolenia i specjalizacji pracowników tego działu ochrony zdrowia. Jakie są podstawowe cechy polskiego modelu?

W ślad za licznymi krajami przyjęliśmy model medycyny ratunkowej, którego cechą jest uznanie jej za dyscyplinę podstawową dysponującą wyodrębnioną kadrą (lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, pielęgniarki ratunkowe), a także powołaliśmy nowy zawód medyczny - licencjonowanego ratownika medycznego. Do sprawnego wykonywania zadań wynikających z założeń medycyny ratunkowej tworzone są, na mocy uchwały Sejmu RP, struktury wykonawcze ujęte w system organizacyjny ratownictwa medycznego. Poszczególne ogniwa tego systemu tworzą, według tych założeń, ściśle powiązane ze sobą łańcuch przeżycia, którego pierwszymi ogniwami są osoby spoza służby zdrowia, potrafiące udzielić pierwszej pomocy ludziom w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego w możliwie najkrótszym czasie. Docelowymi ogniwami tego łańcucha są szpitalne oddziały medycyny ratunkowej, dysponujące odpowiednim zapleczem diagnostycznym i terapeutycznym oraz wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną. Założenia organizacyjne polskiego modelu medycyny ratunkowej i szpitalnych oddziałów ratunkowych zyskały pochlebne oceny w wielu krajach i są zalecane jako wzorcowe w wielu krajach Unii Europejskiej. Wysoko również oceniono obowiązujące w naszym kraju programy specjalizacji lekarzy i kształceń podyplomowych w tym zakresie.

• Jak można określić główne cele i zadania medycyny ratunkowej?

Przystępując w lipcu 2002 roku do Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej przyjęliśmy dokument, który jest europejskim stanowiskiem o medycynie ratunkowej. Nosi on tytuł: „Statement on Emergency Medicine in Europe”. A oto podstawowe jego założenia: *Po pierwsze:* Medycyna ratunkowa jest dyscypliną medyczną opartą na głębokiej wiedzy i przygotowaniu klinicznym, powołaną do prewencji, rozpoznawania, różnicowania i lekarskiego postępowania ratunkowego w celu ratowania ludzkiego zdrowia lub życia w stanie nagłego zagrożenia. Działania te powinny być podjęte zarówno w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego, jak i w warunkach międzyszpitalnych.

Po drugie: Podejmowane działania ratunkowe opierają się na wstępnej ocenie i segregacji medycznej, zaawansowanym postępowaniu w przywracaniu funkcji życiowych organów życiowo ważnych, a zatem resuscytacji krążeniowo - oddechowo - mózgowej, następnie na natychmiastowym wstępnym leczeniu, tak aby chory miał szansę dotrwania do później przyczynowej w warunkach oddziału ratunkowego, a później innego docelowego oddziału specjalistycznego.

Po trzecie: Świadczenia ratunkowe powinny być wykonywane przez specjalistów medycyny ratunkowej zgodnie z programem

Tlenoterapia Hiperbaryczna

Europejskim, a standardy ich postępowania były jednakowe we wszystkich krajach Europy. Istotne znaczenie ma w tym programie ratownictwo medyczne, jako system organizacyjny polegający na skoordynowanej gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych – natychmiast uruchamianych dla opanowania zagrożeń zdrowotnych niezależnie od ich przyczyn i miejsca powstania. Istotnymi celami medycyny ratunkowej jest radykalne ograniczenie liczby zgonów możliwych do uniknięcia – nadal nie w pełni rejestrowanych i poddawanych ocenom, zmniejszenie inwalidztwa we wszystkich jego formach, zmniejszenie ciężkości bólu i cierpienia wywołanego nagłym zagrożeniem, a także racjonalizacja kosztów leczenia. Natomiast zadaniem docelowym medycyny ratunkowej jest - zajmująca ważne miejsce w hierarchii oczekiwań – misyjna rola tej dyscypliny medycyny - zapewnienie powszechnego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

- ***Co sprawiło, że medycyna ratunkowa i ratownictwo medyczne znalazły się w polu zainteresowania polityków i wspomagających ich specjalistów decydujących o systemie organizacyjnym ochrony zdrowia oraz o budżecie przeznaczonym na te cele?***

Jest wiele czynników wymuszających rozwój nowego systemu pomocy medycznej w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Przed 50. laty pomoc w „nagłej potrzebie” świadczyły zespoły pogotowia ratunkowego – lekarz lub felczer i sanitariusz. Następnie w tej roli wystąpiła „pomoc doraźna” z zespołami wyjazdowymi i ambulatoriami. Ich działalność była mało skuteczna i ograniczona do podstawowej pomocy lekarskiej lub transportu cięższych chorych do szpitala. Ostatnie lata przyniosły zmiany cywilizacyjne, które wskazały na nowe potrzeby i możliwości ich zaspokojenia. Ich wachlarz jest szeroki: wzrastająca urbanizacja, szybki rozwój aglomeracji miejskich, rozwój sieci dróg, zwielokrotnienie ilości samochodów oraz wysoka urazowość w każdym obszarze działalności człowieka, a dodatkowo - starzenie się społeczeństwa, wzrost chorób układu krążenia i kilka innych.

Podstawowym warunkiem powodzenia proponowanych innowacji było wsparcie nowego systemu przez władze państwowe. W 1999 roku uzyskano aprobatę i poparcie ówczesnego ministra zdrowia, pani Franciszki Cegielskiej. W lipcu 2001 roku pierwszą ustawę o ratownictwie medycznym uchwalił Sejm. Co prawda jej realizacja uległa na kilka lat zawieszeniu, ale jej założenia podjęły kolejne ustawy z 2002 i 2006 roku.

Ważne również znaczenie miały nowe technologie wprowadzone do sal zabiegowych i intensywnej terapii, które umożliwiły zastosowanie dotychczas niestosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Jedną z nich jest tlenoterapia hiperbaryczna.

- ***Wrocław jest jednym z czterech miast dysponujących, od niedawna, ośrodkiem tlenoterapii hiperbarycznej. Jak to ma znaczenie dla skuteczności podejmowanych działań ratunkowych?***

Istotnie, tak się szczęśliwie złożyło, że od lutego 2008 roku w kompleksie Centrum Klinicznego AM rozpoczął działalność, połączony funkcjonalnie z organizowaną Kliniką Medycyny Ratunkowej, Ośrodek Tlenoterapii Hiperbarycznej. Ośrodek dysponuje dwoma komorami hiperbarycznymi: jedno i dwunastoosobową oraz, co najważniejsze, odpowiednio przeszkolonym i sprawnie działającym zespołem pracowników: lekarzami specjalistami o wysokich kwalifikacjach, pielęgniarkami ratunkowymi oraz personelem pomocniczym i technicznym. Położenie Ośrodka w pobliżu kilkunastu klinik różnej specjalności z rozbudowanym zapleczem diagnostycznym oraz w bezpośrednim sąsiedztwie przyszłej Kliniki Medycyny Ratunkowej ułatwia jego wykorzystanie w podejmowanych przez te jednostki działaniach ratujących życie i zdrowie chorych. Tlenoterapia hiperbaryczna pozwala na zwiększenie ciśnienia parcjalnego tlenu w powietrzu we wnętrzu komór nawet do 100 procent oraz na zwiększenie jego ciśnienia w zależności od wskazań lekarskich, do 3 atmosfer. Sprzyja to jego szybkiemu rozprzestrzenianiu się w tkankach ludzkiego organizmu, co ma istotne znaczenie w wielu ostrych schorzeniach, np. w zatruciu tlenkiem węgla, w chorobie dekompresyjnej i zatorowości powietrznej, a także w zgorzeli gazowej, martwicznym zakażeniu tkanek oraz w coraz częstszej nagłej głuchocie.

Terapia hiperbaryczna z powodzeniem jest również stosowana w leczeniu niektórych chorób przewlekłych, a zwłaszcza chorych z zespołem stopy cukrzycowej, zapaleniem kości i z trudno gojącymi się ranami. Coraz liczniejsze opracowania naukowe potwierdzają korzystne znaczenie tlenoterapii hiperbarycznej jako czynnika poprawiającego krążenie i zwiększającego odporność chorego. Potwierdzono również jej działanie bakteriobójcze i bakteriostatyczne, co w znacznej mierze wspomaga terapię przyczynową.

- ***A jaka jest rola szpitalnych oddziałów ratunkowych?***

Istotnym, ważnym ogniwem w łańcuchu przeżycia - stanowiącym jego stacje docelowe - są kliniki lub oddziały szpitalne medycyny ratunkowej. Poza funkcjami leczniczymi stanowią one bazę kształcenia specjalistycznego, nauczania akademickiego oraz prowadzenia badań naukowych. Oddział medycyny ratunkowej powinien zabezpieczać, co potwierdzają m.in. normy amerykańskie i brytyjskie - 150-250 tys. mieszkańców. Oddział winien mieć wydzielone obszary zadaniowe, w których pacjent nie może oczekiwać na podjęcie działań ratunkowych dłużej niż, przykładowo, 90 sekund w obszarze resuscytacyjno - zabiegowym, czy 15 minut w obszarze terapii natychmiastowej. Doświadczenie wielu ośrodków medycyny ratunkowej podkreśla coraz większe znaczenie części obserwacyjnej oddziału. Pobyt w tym obszarze zapewnia choremu stałą opiekę pielęgniarską, ułatwia obserwację chorego i oczekiwanie na badania dodatkowe. W Polsce powinno funkcjonować co najmniej 250 oddziałów medycyny ratunkowej, a jest ich praktycznie około 150. Zorganizowanie kolejnych oddziałów i utrzymanie ich funkcjonowania zależy od pozyskania wystarczających środków finansowych. Na Dolnym Śląsku spośród 15 niezbędnych oddziałów ratunkowych zorganizowano tylko 7. Dwa z nich znajdują się we Wrocławiu: w Wojskowym Szpitalu Klinicznym oraz w Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka. Kolejnym wrocławskim oddziałem oczekującym na pilne uruchomienie jest Klinika Medycyny Ratunkowej w ASK przy ul. Borowskiej. W organizacji takiej kliniki wyprzedziły nas Akademia Medyczne w Gdańsku, Białymstoku i Bydgoszczy. Specjalizację z zakresu medycyny ratunkowej uzyskało już 650 lekarzy. W najbliższych miesiącach, w kolejnych sesjach egzaminacyjnych ich szeregi znacznie wzrosną. Medycyna ratunkowa powoli zajmuje należne sobie miejsce, nie tylko jako atrakcyjna specjalność lekarska, ale również jako szybko rozwijająca się nauka medyczna, z którą warto związać swoje życie zawodowe.

- ***Co decyduje o powodzeniu i skuteczności podejmowanych zadań ratunkowych?***

Najważniejszym czynnikiem jest czynnik czasu. Jego znaczenie wykazano m.in. na podstawie amerykańskich doświadczeń wojennych wyniesionych z Korei i Wietnamu. Na podstawie tych doświadczeń wprowadzono pojęcie złotej godziny, aby podkreślić malejące szanse na przeżycie wraz z upływem każdej kolejnej minuty od zaistnienia nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z kolei pojęcie łańcucha przeżycia mówi o tym, że skuteczność pierwszej pomocy podejmowanej przez przypadkowych świadków zdarzenia mija po pierwszych 4. minutach od wystąpienia nagłego zagrożenia życia, a także podkreśla, że medyczne czynności ratunkowe mają duże szanse powodzenia wtedy, gdy rozpoczyna się nie później niż po kolejnych 8-15 minutach. Chory nie powinien trafić do szpitalnego oddziału ratunkowego później niż w 30 minucie od momentu zagrożenia życia. Wtedy bowiem mija 50 proc. szans na przeżycie. Po 60 minutach tych szans jest już tylko ok. 10 proc. Dla wielu ludzi oczekujących na pomoc zespołów medycznych, te pierwsze minuty mijającej złotej godziny są czasem darowanym na ocalenie i przedłużenie życia.

- ***W przyszłym roku minie 10 lat od powołania i zarejestrowania medycyny ratunkowej w Polsce. Czy będzie okazja do rozrachunku z minioną dekadą i spojrzenie na przyszłość tej nowej dziedziny medycyny?***

Taką okazją będzie 3. Międzynarodowy Kongres Medycyny Ratunkowej, który będzie obradował we wrocławskiej Hali Stulecia w dniach 17 - 20 czerwca 2009 roku. Udział w kongresie zapowiedziało wielu wybitnych specjalistów medycyny ratunkowej z całego świata. Spodziewany jest też liczny przyjazd reprezentantów Europy Środkowej. Uczestnikami kongresu, obok lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej będą pielęgniarki ratunkowe, ratownicy medyczni oraz reprezentanci innych specjalności. Zaproszenia przyjęli również członkowie władz Światowej i Europejskiej Federacji Medycyny Ratunkowej. Kongres uzyskał akredytację prestiżowych w świecie stowarzyszeń medycyny ratunkowej. Obok profilowych sesji plenarnych i interaktywnych - Kongresowi towarzyszyć będą kursy i warsztaty obejmujące różne działy praktyki klinicznej medycyny ratunkowej.

Rozpoczynamy publikowanie nowego cyklu artykułów, poświęconych sylwetkom lekarzy zasłużonych dla regionu łódzkiego. Tym razem nie będą to jednak lekarze z pierwszych stron gazet, czyli znani powszechnie doktorzy, często z tytułami profesorskimi, którzy zapisali się w historii medycyny szczególnymi osiągnięciami zawodowymi: naukowymi, dydaktycznymi, organizacyjnymi. Chcemy przybliżyć Państwu sylwetki medyków z niedalekiej przeszłości, pracujących „u podstaw”, czyli na tzw. prowincji, którzy nie tylko nieśli tam pomoc lekarską pacjentom, ale również w inny sposób zasłużyli się dla środowiska swego zamieszkania. O pomoc w opracowaniu cyklu poprosiliśmy znanego w województwie dziennikarza i historyka – Ryszarda Poradowskiego.

Portrety niepospolitych medyków

S. Siniarski – kronikarz Wolborza

W tym roku mija 110 rocznica urodzin doktora Stefana Siniarskiego, lekarza i społecznika związanego przez całe swoje życie z Ziemią Wolborską. Należał on do tego pokolenia lekarzy, którzy swój zawód traktowali jako misję, a praca dla innych była celem i sensem ich życia.

Urodził się w 1899 r. we wsi Kuznecin, niedaleko Wolborza. Ojciec jego był młynarzem. Studia na wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w 1928 r., po uzyskaniu dyplomu początkowo przez dwa lata pracował w Warszawie, następnie przeniósł się do Kowala koło Włocławka, by w 1931 r. powrócić w rodzinne strony i zamieszkać w Wolborzu. Od samego początku cieszył się wielkim autorytetem wśród mieszkańców tej wiekowej osady, jako że miał już za sobą walkę o niepodległość Polski w szeregach armii marszałka Józefa Piłsudskiego. Podczas okupacji hitlerowskiej nadal służył rodakom, współpracując z AK jako „Wojbor”. To wtedy zaskarbił sobie wdzięczność rannego „Stena” – Stanisława Jabłońskiego, którego kurował w bogusławickiej Stadninie Koni.

Po zakończeniu wojny S. Siniarski postawił sobie za cel podniesienie rangi Wolborza, który był niegdyś miastem, przypominając bogate dzieje tej miejscowości. To stąd szli pod Grunwald wojowie króla Władysława Jagiełły, tu znajdowały się koźlenie wielkiego patrioty i humanisty, wójta wolborskiego – Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Tropienie dziejów Wolborza stało się pasją lekarza. Z jego inspiracji archeologowie poszukiwali tu ruin zamku, a historycy dokumentowali dzieje tej miejscowości. Plonem kilkudziesięcioletnich poszukiwań historycznych S. Siniarskiego był opasły tom „Kalendarza z dziejów Wolborza 1065–1982”, wydany w 1984 r., który znakomity dziennikarz Jerzy Kisson Jaszczyński nazwał trwałym pomnikiem tego miasta.

S. Siniarski zachęcał dziennikarzy do popularyzowania swojej „małej ojczyzny”, sam też pisał artykuły i wygłaszał liczne pogadanki, zarabając społecznikowską pasją wielu młodych wolborzan. To właśnie dzięki temu popularyzowaniu dziejów miejscowości i szerzeniu lokalnego patriotyzmu, zrodziło się w 1963 r. – z inicjatywy Siniarskiego – Stowarzyszenie Przyjaciół Wolborza. Zasięgą doktora jest też założenie Izby Muzealnej im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, budowa Domu Kultury i stworzenie Chóru Męskiego pod kierunkiem Jana Lismana oraz Zespołu Instrumentalnego.

Stefan Siniarski nie byłby lekarzem z prawdziwego zdarzenia, gdyby nie doceniał troski o zdrowie wolborzan. Z jego inicjatywy powstał tu ośrodek zdrowia i zaczęto budować wodociągi. Gdy przed wielu laty, podczas odwiedzin w Wolborzu, pytałem go o budowę kosztownej sieci wodociągowej, wyjaśnił, że chodzi o to, by ludzie pili zdrową wodę, unikając tym sposobem wielu chorób. Zresztą troska o ludzi była jego życiową dewizą. Jak wspomina jego małżonka – Czesława Siniarska, także



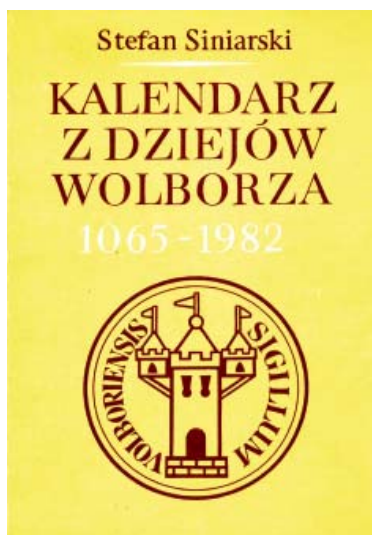
Doktor Stefan Siniarski (1899–1987)

lekarz i społecznik, jej mąż o każdej porze dnia i nocy był do dyspozycji pacjentów potrzebujących pomocy.

Doktor Stefan Siniarski zmarł 10 maja 1987 r. i pochowany został na cmentarzu w ukochanym Wolborzu. W hołdzie wielkiemu lekarzowi i społecznikowi w miejscowym ośrodku zdrowia mieszkańcy ufundowali tablicę pamiątkową (1988), w osadzie jest także plac noszący jego imię. – Podczas niedawnych, listopadowych obchodów 45-lecia Stowarzyszenia Przyjaciół Wolborza przypomnieliśmy zasługi tego niezwykle skromnego i uczciwego człowieka – mówi prezes STW Teresa Duda i dodaje, że Stowarzyszenie postanowiło kontynuować dzieło doktora, czyli „Kalendarz z dziejów Wolborza”. Zespół redakcyjny pod kierunkiem wójta gminy Henryka Sęka opracowuje materiał, który obejmie lata 1983–2007, wydawnictwo ma ujrzeć światło dzienne jeszcze w tym roku.

Ryszard Reczulski, współczesny działacz społeczny i miłośnik Wolborza, twierdzi, że bez małżeństwa lekarzy Siniarskich ta niewielka miejscowość nie mogłaby dziś aspirować ponownie do roli znaczącego ośrodka miejskiego.

Ryszard Poradowski





Dni ustanowione czy przypisane

Przeglądając stare kalendarze i porównując je z tegorocznym stwierdziłam, że z roku na rok pojawia się coraz więcej takich dni, które zostały komuś lub czemuś urzędowo przydzielone. Naprawdę bardzo trudno spamiętać wszystkie te „pozaklepywane” daty, a jeszcze trudniej pojąć, po co to wszystko i czemu ma służyć?

Nadmiar owych szczególnych dni oraz nieustający pęd do tworzenia następnych, poświęconych temu lub owemu, może przyprawić o nerwicę, a przecież pomysłów wciąż przybywa. Na początek pragnę objawić moje zaciekawienie tym zjawiskiem i wyrazić zdumienie, że właściwie nie wiadomo, kto i w jakim trybie podejmuje stosowne (lub całkiem niestosowne) decyzje w tej sprawie. Zastanawia mnie, jak się to się dzieje, że akurat np. 14 listopada ma być Światowym Dniem Pluszowego Misia, a 24 października – Dniem Walki z Otyłością.

Niektóre daty i „okazyjne dni” już się przyjęły, jednak jest wiele takich mniej znanych, nieraz dość cudacznie wymyślonych. Oto niektóre z nich, opatrzone (w nawiasach) moim przygadaniem i mardzeniem:

Styczeń – 21 i 22 to kolejno Dzień Babci i Dzień Dziadka. (Umownie można je określić mianem Dni Dziadostwa, co nie musi oznaczać dziadowania, chociaż i z tym różnie bywa. Drwię tu sobie dość swobodnie i chyba bezkarnie, ponieważ sama również do tej grupy rodzinno-wiekowej „przynależę”);

Luty – 11 tego miesiąca uznano za Światowy Dzień Chorego. (A ja w związku z tym zapytuję: czy zdrowemu lub zdrowiejącemu to już żaden dzień się nie należy? Chyba warto by było jakoś uczcić właśnie tych ludzi, na których można sporo zaoszczędzić, a zgro madzony fundusik przeznaczyć na leczenie autentycznie chorych. Nasz niebywale skąpy NFZ pewnie by to docenił.);

Marzec – 5 to Dzień Teściowej. (Próżno jednak szukać takiego uhonorowania teści, siostry, brata-swata, bratowej, szwagra, szwagierki, stryja-wuja, ciotki, kuzynki, kuzyna i innych pociotków. Oni zapewne także by chcieli, a tu... figa!) Natomiast 8 tego miesiąca obchodzimy tradycyjnie Dzień Kobiet, a 10 ustanowiono od niedawna Dniem Mężczyzn. (Jeszcze pamiętamy, jak to w czasach PRL-u, gdy święto kobiet już formalnie, a nawet obligatoryjnie „funkcjonowało”, natomiast Dnia Mężczyzn jeszcze nie było, niektórzy panowie zjadliwie twierdzili, iż konieczne trzeba do kompletu uchwalić jeszcze

Dzień Konia. Jednak odkąd 10 marca został uznany za święto mężczyzn, a 30 września ogłoszono Dniem Chłopaka – o koniu jakoś nikt nie wspomina. Taka zależność? Zresztą nie wiem, może koński dzień też istnieje i niech mu tam!);

Kwiecień – 12 jest Dniem Czekolady. (Jednak pardon, dlaczego wyłącznie czekolady? Czyżby ona, ta czekolada, miała być najważniejsza, a także lepsza, bardziej godna od cukierków, ciastek, tortów, lodów i galaretek? Zależy, co kto lubi.);

Maj – 29 jest Dniem Tańca. (A jeśli tak, to koniecznie należy się zastanowić – kiedy ma być Dzień Różańca.) Natomiast 30 to Dzień Rodzicielstwa Zastępczego. (Tymczasem brak nam rodzicielstwa wymarzonego, czy wręcz spełnionego – i obojętne co się przez to rozumie.);

Czerwiec – 2 to Dzień Sąsiada. (Prawda, że dobrze mieć sąsiada, ale dlaczego zapominano o sąsiadce, chociaż wiadomo, że: Nie da ci ojciec [swe święto obchodzi 23 czerwca], nie da ci matka [26 maja] tego, co może dać ci sąsiadka. No to może należy uhwalić Dzień Sąsiadów płci obojga?);

Lipiec – 1 ogłoszony został Dniem Psa. (W obecnie opublikowanym katalogu nie widzę natomiast Dnia Kota, więc zastanawiam się, dlaczego? Przecież to jawna niesprawiedliwość i koty oraz ich sympatycy mogą mieć żal... A może by tak ustanowić dla psa i kota jakiś wspólny dzień? Chyba się nie pozagryzają.) 15 ma być Dniem bez Telefonu Komórkowego. (Jednak wiadomo, że większość rodaków żadną miarą nie wytrzyma takiego rygoru, więc po co walczyć z tym ogólnonarodowym uzależnieniem? Komórkowce są szkodliwe, zwłaszcza dla dzieci, a przecież nikt tego nie przyjmuje do wiadomości. Podobnie jest z pomysłem ustanawiania dnia bez samochodu, telewizji, papierosa, alkoholu, narkotyków – aczkolwiek o tym ostatnim „bez” głośno się nie mówi, gdyż ponoć jeszcze nie ma problemu. Wszystko przed nami? Pożyjemy – zobaczymy.);

Sierpień – 1 ma być Dniem Karmienia Piersią. (Zastanawiam się tylko, czy aby jeden dzień w roku takiego „słusznego” karmienia wystarczy niemowlakom. Bo ich mamusiom z pewnością tak!) 13 – chociaż przez niektórych uważany za dzień feralny – jest Dniem Osób Leworęcznych. (Niechaj go sobie mają, aczkolwiek praworęczni, którzy są w liczebnej przewadze, mogą dojść do wniosku, że chyba im także „cóż” od kalendarza się należy.);

Wrzesień – 8 to Dzień Dobrej Wiadomości. (Jeśli dobre wiadomości w ogóle nadchodzą, to znakomicie, bo zawsze są pożądane i godne rozpowszechniania, ale co czynić z tym nadmiarem wiadomości złych, które pchają się nam drzwiami i oknami?);

Październik – 15 rozpoczyna Tydzień Pisania Listów. (Kto jednak teraz pisze takie prawdziwe, papierowe listy? Poza tym można powątpiewać, czy Poczta Polskiej jeden tydzień to nie będzie za krótko, aby zdążyła z doręczeniem przesyłek, nawet tych priorytetowych i nadanych w tej samej miejscowości. Przecież listy otrzymujemy już tradycyjnie po miesiącu, roku albo jeszcze później.);

Listopad – 14 to Dzień Seniora, a 21 ma być Światowym Dniem Życzliwości. (Bardzo fajnie, choć chyba lepiej by było połączyć oba te dni i ogłosić Dzień Życzliwości dla Seniora, bo z tą życzliwością, zwłaszcza w naszym kraju, wcale nie jest dobrze. Zatem pewnie przydałby się bodaj jeden dzień, w którym nikt nie będzie życzył ludziom starszym szybszego odejścia ani się do tego nie przyczyni. Utopia?);

Grudzień – 17 ma być Polskim Dniem bez Przekleństw. (Skąd pomysł, aby akurat był to dzień polski i dlaczego tylko jeden? Zdaje się, że istotnie, nikt w UE nie przeklina tak siarczyście i z takim upodobaniem, jak Polacy. Wobec tego chyba nie powinien to być jeden dzień, lecz co najmniej kilka tygodni lub miesięcy bez tych wulgarnych słów, zwanych „przerywnikami”. Tylko czy taki „odwyk” u nas w ogóle może być brany pod uwagę? Probować można, aczkolwiek skutek jest raczej do przewidzenia. Przecież wywalczyliśmy sobie wolność słowa! Tacy jesteśmy i już.)

Na ten raz to tyle, jednak postaram się do niektórych kwestii, komentowanych tu z przymrużeniem oka – powrócić na serio. I żywię nadzieję, że Szanowni Czytelnicy pozwolą się wciągnąć w ten trudny „ogład rzeczywistości” i zechcą dodać własne opinie. W każdym razie gorąco zachęcam do dyskusji.

Barbara Szeffer-Marcinkowska
e-mail: bsm3@tlen.pl

Łódź, 17 stycznia 2009 r.

Podziękowania

Pragnę bardzo podziękować za opiekę wszystkim pracownikom Oddziału Chirurgii Urazowej Wojewódzkiego Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi. Szczególne podziękowania za świetnie przeprowadzoną operację należą się Doktorom: **Markowi Kmiecikowi** – ordynatorowi oddziału, **Maciejowi Kopce** i **Marcinowi Kubiakowi** oraz anestezjologowi **Piotrowi Kochanowskiemu**, a także wszystkim innym członkom zespołu, biorącym udział w zabiegu. Życzę wszystkim wspaniałym lekarzom, pielęgniarkom i pozostałym pracownikom spełnienia marzeń – tak zawodowych, jak i prywatnych.

Wdzięczny pacjent *Jacek Danowski*

...

Składam serdeczne podziękowania za uratowanie życia i sukcesywne „reperowanie” mojego zdrowia w czasie wielomiesięcznego leczenia w kilku klinikach Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Słowa wdzięczności kieruję w szczególności pod adresem wspaniałych lekarzy, którzy tego dokonali: prof. **Krzysztofa Selmaja** – kierownika Katedry i Kliniki Neurologii USK im. N. Barlickiego w Łodzi oraz całego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego Kliniki, prof. **Jana Komorowskiego** – kierownika Katedry i Kliniki Endokrynologii USK im. S. Sterlinga oraz profesorów tej Katedry – **Henryka Stępnia**, **Jolanty Kunert-Radek** i **Wojciecha Zieleniewskiego**, a także jej pielęgniarek i personelu pomocniczego, profesorów **Jana Gocha** i **Krzysztofa Chiżyńskiego** oraz dr. n. med. **Jana Krekora** z I Kliniki Kardiologicznej USK im. dr. S. Sterlinga, a także całego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego Kliniki, prof. **Krzysztofa Kuzdaka** – kierownika Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej za wykonanie dwóch operacji i troskliwą opiekę pooperacyjną, dr. n. med. **Marka Kmiecika** – ordynatora Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSzS im. M. Kopernika za przeprowadzenie operacji ortopedycznej, jak i całemu personelowi pielęgniarskiemu oraz pomocniczemu oddziału.

W imieniu własnym oraz całej najbliższej rodziny składam wszystkim ukłony i ogromne wyrazy uznania za ich serce, wrażliwość i fachowość.

Wdzięczny *Jan Friede* z „Suszka” w Borach Tucholskich

...

W grudniu 2008 r. przebyłem poważny uraz na skutek upadku na ulicy. Gdyby nie trafna diagnoza i natychmiastowa operacja, nie wiem, czy mógłbym w tej chwili pisać te słowa. Tą drogą chciałbym zatem serdecznie podziękować lekarzom **Markowi Cierpikowskiemu**, **Sylwii Jurgiel** i **Karolinie Wirowskiej** z Oddziału Chorób Wewnętrznych „B” Szpitala im. Jonschera w Łodzi, którym kieruje ordynator **Krystyna Kowalczyk**, a także profesorowi **Józefowi Matychowi**, wraz z zespołem chirurgów urologów z Oddziału Urologii i Transplantacji Nerek Szpitala im. Pirogowa w Łodzi, którzy szybko dokonali koniecznej operacji. Ich zaangażowanie, oddanie i troskliwa opieka uratowały mi życie.

Włodzimierz Piestrzeniewicz

Składam serdeczne podziękowanie prof. dr. hab. n. med. **Janowi Henrykowi Gochowi** za udzieloną mi pomoc w krytycznej sytuacji mojego życia. Będąc pacjentką Pana Profesora, zadzwoniłam do niego o godzinie 2 w nocy z informacją, że mam bardzo wysokie ciśnienie. Pan Profesor nie obraził się, że zakłócam mu nocny wypoczynek, lecz natychmiast udzielił mi stosownej porady, w efekcie której stan mojego zdrowia uległ poprawie.

Wdzięczna pacjentka *Marianna Szumacher*

...

Ten jest najszlachetniejszy wśród ludzkiego tłumu, kto oprócz też swoich, żyj innych rozumie.

Pragnę bardzo gorąco podziękować wszystkim lekarzom, pielęgniarkom i osobom, które opiekowały się moją ukochaną żoną – Lidką Adamczyk przez wiele miesięcy walki ze śmiertelną chorobą. Szczególne podziękowania kieruję dla Pana Profesora **Cezarego Szczylika** i całego zespołu lekarzy z Kliniki Onkologii CSK WAM w Warszawie. Słowa ogromnej wdzięczności kieruję do Pani Doktor **Ewy Piotrowskiej**, ordynator Oddziału Wewnętrznego ze szpitala w Rawie Mazowieckiej, za walkę do ostatniej chwili „z niemocą” oraz za opiekę medyczną, której się podjęła, a także dla całego personelu medycznego tego Oddziału. Dziękuję lekarzom i pielęgniarkom innych szpitalnych oddziałów, na których żona przebywała podczas długotrwałej choroby. Wyrażam również swą wdzięczność Pani **Agnieszce Gorzkiej** i lekarzom z Hospicjum Domowego w Rawie Mazowieckiej za okazaną cierpliwość, troskę i wyrozumiałość w ostatnich chwilach życia mojej żony. Wyrazy uznania i podziękowanie należą się też Pani Doktor **Elżbiecie Zymiak-Uchman** i pracownikom Poradni SALUS w Białej-Rawskiej za wieloletnią opiekę medyczną, jaką nas otoczyła i zrozumienie cierpienia. Dziękuję bardzo gorąco wielu niewymienionym z nazwiska osobom – wszystkim tym, którzy wspierali całą naszą rodzinę w trudnych chwilach.

Serdecznie dziękujemy – *mąż z dziećmi i siostra z rodziną*

...

Pragnę za pośrednictwem pisma „Panaceum” złożyć serdeczne podziękowanie za okazaną nam życzliwość i profesjonalną opiekę w czasie choroby mojej córki Eweliny Szymańskiej, jakiej doświadczaliśmy podczas jej pobytu w Klinice Kardiologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego USK nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi. Słowa wdzięczności kieruję szczególnie dla wspaniałych lekarek: Pani dr. n. med. **Kaliny Pokuszyńskiej** i Pani dr. n. med. **Małgorzaty Biernackiej-Zielińskiej**. Z serca płynące „dziękuję”!

Z wyrazami szacunku i poważania –
Jerzy Szymański z rodziną



Fundacja Wspierania Seniorów Środowisk Inteligenckich

Szanowni Państwo!

Uprzejmię prosimy o wsparcie naszej organizacji 1% od swojego podatku osobistego za 2008 r. Wystarczy w odpowiedniej rubryce PIT podać naszą nazwę i numer jej wpisu do rejestru sądowego:

Fundacja Wspierania Seniorów Środowisk Inteligenckich
KRS nr 0000232649

Pozostałe operacje wykona urząd podatkowy.

Mamy nadzieję, że Przyjaciele nas nie zawiodą.

Jednocześnie informujemy, że w minionym roku z tytułu odpisu 1% z osobistych podatków osób, które są przychylnie naszym działaniom, wpłynęło na konto Fundacji ponad 23 000 zł. Był to pierwszy rok, kiedy istniała taka możliwość, teraz zatem liczymy, że wpływy będą większe.

Serdecznie dziękujemy!

Poradnik walentynkowy

W ostatnim czasie na rynku prasowym i w Internecie pojawiło się mnóstwo poradników dotyczących relacji damsko-męskich. Ponieważ od niedawna 14 lutego został przymusowo ogłoszony dniem zakochanych, a lekarze nie mają czasu na czytanie – podajemy kilka informacji na ten temat.

•••

A więc po pierwsze – mężczyźni są z Marsa, a kobiety z Wenus. W związku z tym, co ważne dla mężczyzn, niekoniecznie jest ważne dla kobiet. W opinii 74 631 mężczyzn-internautów (www.witrualnapiolska.pl) najważniejsze są dla nich kobiety: piersi – 40%, pośladki – 32%, nogi – 15% i oczy – 14%. Z „najnowszych światowych badań” wynika, że kobiety mają znacznie lepiej rozwiniętą tzw. inteligencję emocjonalną, a w związku z tym w podobnych ankietach dla kobiet wygrywa: zasobność portfela mężczyzny oraz jego poczucie humoru.

Po drugie – obie płcie różnią się nie tylko hierarchią rzeczy ważnych. Bez przeczytania choć jednego poradnika na temat języka ciała, nie mamy szans, aby właściwie zinterpretować zachowanie osób płci przeciwnej. Alan Pease w swojej książce pt. „Język ciała, jak czytać myśli ludzi z ich gestów” wymienia męskie gesty kokieteryjne: – sięga ręką do krawata, – sięga ręką do kołnierzyka, – sięga ręką do spinek od mankietów, – poprawia włosy, – poprawia marynarkę, – strzepuje nie istniejący pyłek z ramienia. U kobiet strzepywanie pyłków nie ma żadnego znaczenia, ważne natomiast są: – odrzucanie głowy, – zabawa włosami, – eksponowanie nadgarstków, – kołysanie biodrami, – spojrzenie w bok, szczególnie „przez ramię”, – używanie szminki, – zaplatanie nóg (i skierowanie kolan zawsze ku obiektowi zainteresowania).

Poza tym, pomimo że mówimy tym samym językiem, dla obu płci znaczenie słów jest zupełnie różne:

Ona mówi: „Byłoby miło, gdybyś mówił gdzie wychodzisz”, a on słyszy: „Od dziś tylko kontrolowane wyjścia z meldowaniem u naczelnika więzienia.”

Ona mówi: „Denerwuję się, jak nie dzwonisz”, on natomiast słyszy... dzwonięnie łańcucha od kuli u nogi.

Ona mówi: „Po co ci koledzy, ja ci wystarczę”, a on to rozumie jako dożywotni zakaz opuszczania celu!

Ona mówi: „Chciałabym wyjść za męża i mieć dzieci”, a on w tym momencie... nie słyszy nic (już go nie ma).

•••

Niestety, mężczyźni nigdy nie czytają tego typu poradników (co może świadczyć

o resztkach zdrowego rozsądku), więc nie można liczyć, żeby coś uległo zmianie. Najwięcej poradników zatem skierowanych jest tylko do pań, a więc według rozmaitych autorów:

– kobiecie nie wolno robić pierwszego kroku, ale musi wykazać inicjatywę, nie wolno jej też dzwonić do mężczyzny, chyba że natchnie ją do tego osobisty anioł,

– kobieta może trafić do serca mężczyzny przez żołądek, ale gotować powinna tylko w nieparzyste dni tygodnia, może też mieć własne zainteresowania i pracę, tylko nigdy nie powinna pracować, jako że najlepiej by było, gdyby miała ośmioro dzieci własnych i choć jedno zaadaptowane z Afryki,

– kobieta nie powinna zwracać uwagi na znaki zodiaku swój i partnera, choć nie zaszkodzi, aby udała się do astrologa w celu wykonania wspólnego horoskopu, powinna natomiast unikać kontaktów z teściową, ale mieć doskonałe relacje z matką swojego męża itp., itd.

•••

Na koniec rada uniwersalna: najważniejsze to unikać „toksycznego związku”. A zaangażowanie drugiej osoby można poznać po drobnych sprawach, np. po sposobie, w jakim ukochany się żegna. Aby ułatwić rozpoznanie właściwej osoby z lekarskiego grona, przedstawiamy prawidłowe sposoby pożegnania różnych specjalistów.

Co mówi zatem na do widzenia zakochany:

Okulista – „Kiedy się znów zobaczmy?”

Laryngolog – „Kiedy się znów usłyszmy?”

Chirurg – „Może utniemy sobie jeszcze pogawędkę?”

Anestezjolog – „Chciałbym co noc z tobą usypiać.”

Dentysta – „Będę tęsknić za twoim uśmiechem.”

Ortopeda – „Pobiegamy jutro razem?”

Dermatolog – „Aż mnie świerzbi na nasze spotkanie.”

Neurolog – „Nie będę mógł o tobie zapomnieć.”

Psychiatra – „Czy chcesz o tym porozmawiać?”

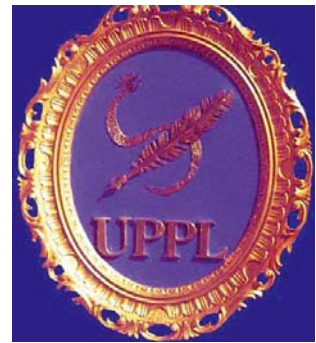
Ginekolog – „Jeszcze do ciebie zajrzę.”

Geriatra – „Dożyjemy, zobaczymy.”

•••

A z okazji Walentynek wszystkim zakochanym najserdeczniejsze życzenia składa

Redakcja



Unia Polskich Pisarzy Lekarzy informuje, że

IX Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL
odbędzie się 6 marca (pierwszy piątek)
w Klubie Lekarza Łódzkiej OIL,
ul. Czerwona 3, początek o godz. 18.

Serdecznie zapraszamy Autorów-Lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej tradycyjnej imprezie, a Szanownych Gości – miłośników żywego słowa – prosimy o łaskawe przybycie oraz „współbiesiadowanie”.

•••

W tym samym terminie zapraszamy również sympatyków amatorskiej twórczości niekonwencjonalnej. Wystawa pn. **Sztuka Nietypowa** powstaje powoli, ale... jednak ujawni się i będzie nam towarzyszyła podczas Biesiady Literackiej.

Jednocześnie pragniemy przypomnieć, że zgłoszenia eksponatów na Wystawę będą przyjmowane do połowy lutego br. pod adresem:

Biurowisko Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź,
ul. Czerwona 3
lub pocztą elektroniczną:
bsm3@tlen.pl

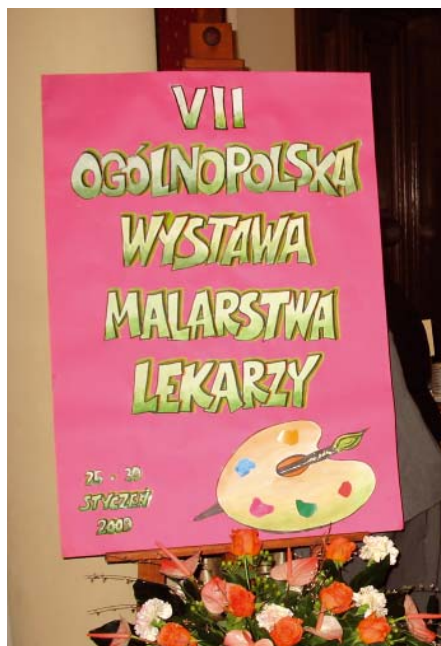


Nie zapomnijmy o tym, że najbliższe spotkanie warsztatowe **Nieformalnej Grupy Literackiej** odbędzie się w Klubie Lekarza OIL 19 lutego br. (tj. w Tłusty Czwartek) o godz. 18.

Uczestnicy są proszeni o przyniesienie tekstów, przewidzianych do zaprezentowania na IX Biesiadzie Literackiej UPPL, 6 marca 2009 r.

Nowych członków też zawsze mile powitamy!

B. Sz.-M.



W koncepcji działalności Klubu Lekarzy łódzkiej OIL, sformułowanej na początku jego powołania, zaproponowano dwa kierunki działalności. Jeden – będący zwykle treścią tego, co się dzieje w tego typu placówkach środowiskowych, czyli wspólne okazjonalne zabawy, uroczystości, spotkania z twórcami kultury (muzykami, śpiewakami, aktorami itd.) Drugi zaś – specyficzny chyba tylko dla naszego Klubu, a polegający na prezentacji pozawzajemnej twórczości lekarzy: ich malarstwa, fotografii, literatury, talentów muzycznych czy aktorskich.

I ten drugi wątek był tzw. strzałem w dziesiątkę – zarówno ze względu na odkrycie i ukazanie bardzo szerokiej aktywności twórczej lekarzy, jak i zainteresowania oraz gusta środowiska lekarskiego oraz gości, nie będących lekarzami. Dumni jesteśmy z tego, że ta łódzka inicjatywa spotkała się z szerokim rezonansem społecznym, a ekspozycja malarstwa lekarzy, zrzeszonych w naszej Izbie, bardzo szybko przyciągnęła zainteresowanie koleżanek i kolegów z innych izb lekarskich, czyniąc ją szybko wystawą ogólnopolską.

W końcu stycznia (rocznica otwarcia łódzkiego Klubu Lekarzy) tego roku – tak,

144 prace 44 twórców

Strzał w dziesiątkę!

jak od kilku lat – zagościła w naszym klubie VII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy. Wernisaż odbył się 25 tego miesiąca, a ekspozycja trwała do 30. Trzy duże sale wystawowe oraz hol Klubu wypełnione były sztalugami służącymi demonstracji 144 prac 44 twórców z całej Polski. 16 wystawców było z łódzkiej OIL, pozostałych 28 to koleżanki i koledzy z innych izb, którzy z dużą fatygą dostarczyli swoje prace do Łodzi.

Na dorocznych wystawach malarstwa przy ul. Czerwonej zwykle prezentują się ci sami autorzy, ale przybywają też debiutanci. Wśród malarzy przeważają kobiety, stąd... stale młody wiek naszych twórców. Na wystawach tradycyjnie jest wiele prac wykonanych przez lekarzy dentyistów, a w tym w siódmej prezentacji wzięło udział 20 dentyistów. Och, te lekkie „złote rączki”...

Wernisaż wystawy – jak zwykle – zgromadził najwięcej uczestników spośród wszystkich imprez organizowanych w Klubie przez naszą Izbę. Biorąc pod uwagę podpisy składane na liście obecności (zbiieramy takie „na wieczną rzeczny pamiątkę” na każdej imprezie inicjowanej i organizowanej przez OIL), numerki pobrane w szatni oraz... obraz wypełnionych sal szacujemy, że w tegorocznym wernisażu malarskim wzięło udział około 400 osób. Goście wernisażu przyznali dwie równorzędne Nagrody Publiczności: dla twórcy z łódzkiej OIL oraz – gwoli sprawiedliwości (twórcom tutejszym łatwiej zgromadzić „znajomych królika”) – dla twórcy spoza naszej Izby, z „prowincji” takiej, jak Warszawa, Trójmiasto, Szczecin czy inne.

Nagroda dla łódzkiego artysty przypadła w udziale Jolancie Kaflińskiej-Wasiak (laryngolog). Przedstawiła cztery prace, obrazujące pejzaże w szarych, rudo-burzych

nostalgicznych barwach: „Zimowa impresja” i „Droga do Dziektarzewa” (okolice Łodzi) – przestrzenie opatulone w śnieżnej poświacie. A także obraz poruszający, wprawiający w stan zadumy o tragicznym przemijaniu, gdzie życie i śmierć stają się powoli bezimiennym, zwietrzałym kamieniem obrośniętym jesiennym liściem: „Ocalić od zapomnienia – tryptyk żydowski”. Natomiast nagrodę dla twórcy spoza łódzkiej OIL otrzymał Mieczysław Chruściel (ginekolog-położnik ze Szczecina), który debiutował na naszej wystawie w 2008 r. dwoma portretami, o których napisałam wówczas, że wychodzą z ram. Portrecista aktualnie przedstawił obraz pt. „Lider”, wręcz mistrzowski w formie i ujmujący wszystkie bardzo charakterystyczne cechy portretowanego – W. Cerańskiego, jednocześnie zachowując pewien jednolity koloryt przedstawianej postaci (na zdjęciach na sąsiedniej stronie: laureaci J. Kaflińska-Wasiak i M. Chruściel – na górze po prawej; W. Cerański obok swojego portretu – na dole po lewej).

•••

Podążmy wzdłuż gęsto rozstawionych sztalug, kiedy tłum wielbicieli już się rozproszył. Zostajemy sami z patrzącymi na nas obrazami rzeczywistości przetwarzanej przez wyobraźnię, wrażliwość i pędzel naszych kolegów, na co dzień ukrytych pod białym fartuchem, ze skalpelem, nie paletą w dłoni... Ich prace to w większości dzieła o charakterze realistycznym, przedstawiające głównie pejzaże wiejskie i miejskie, kwiaty, martwe natury, ostatnio także portrety. Spoglądając wreszcie (okiem laika-entuzjasty) na dzieła z tegorocznej ekspozycji, nie sposób nie zauważyć:

Smutne, wyciszone prace laureatki Nagrody Publiczności – niezapomniane od-





cenie szarości Jolanty Kafilńskiej-Wasiak i zakłętą w nich poezja. I oto inna zima, bardzo zimna i samotna – Stefanii Lachiewicz: „Zima na Mazowszu” i „Zimowy zmierzch”, zagubione w zimowym pustym polu chałtynki. A obok tłoczące się, nasyczone dojrzałą żółtością „Łany” Zofii Bachowskiej-Musiał. Dalej zaś mocne, realistyczne, jak zwykle nasyczone męskim widzeniem świata, pejzaże Włodzimierza Cerańskiego (chirurga – stąd ta pewna, silna ręka), a wśród nich uroczą, przyzywającą w swe domowe zacisze „Górzanka”. Zapamiętane także – Zdzisławy Gutkowskiej (lekarza dentysty i mgr sztuki w jednym) – „Przechodząc obok” czy „Brązowy mosteczek”, a także Aleksandry Pawlik – „Cicho wszędzie”.

Zawsze oryginalna, przedstawiająca na kolejnych wystawach swe prace zupełnie odmienne w tematyce i formie, Alicja Naruszewicz-Petrenko, komisarz wystawy, zdemonstrowała tym razem także pejzaże. Ale jakże różne od dzieł wyżej omawianych autorów. To cztery pejzaże-impresje: „Mazurskie impresje” (najbardziej mi się podobał!), „Impresja – zachód słońca”, „Wspomnienie gór” i skromne „Nenufary nad jeziorem Dąbie”. Proponuję, aby Pani Doktor zrobiła w naszym Klubie wystawę retrospektywną, podczas której można by prześledzić rozwój zainteresowań i umiejętności autorki.



Odmianą grupę, którą szczególnie cenię, stanowią pejzaże miejskie, ukazujące miasta znane i „obmalowane” przez malarzy oraz zaułki nieznanymi miasteczek, detale ich murów i bruków. W tej „rodzinie” obrazów na tegorocznej Wystawie najbardziej zwróciły moją uwagę pejzaże Anny Grzybowskiej – bezładne fragmenty ulic i podwórek, chyba warszawskich, ale pełne ciepłego kolorytu, w tym szczególnie wypełniony wydętymi na wietrze, suszącymi się białymi prześcieradłami obraz pt. „Na podwórku”. Do wprowadzenia do domowego wnętrza. Małgorzata Majewska-Kawińska, która bryluje na naszych wystawach i przygasza wszystkich dojrzałym pięknem swych prac, w tym roku zaprezentowała tylko dwa obrazki (nie ma czasu na malowanie!). Każdy – a szczególnie „Sidi Bou Said” (arabski zaułek w migotliwym świetle) – wart zapamiętania.

Drugi motyw często wykorzystywany przez naszych malarzy-amatorów to kwiaty. Kwiaty kwitnące w ogrodach i na łąkach (uwaga debiut!) – Izabeli Fołty: „Maki” (!), „Mlecze” i „Irysy” i „Echinana”, a także przepiękne, nasyczone barwą „Nasturcje” Jadwigi Skrzyckiej-Wiśniewskiej, czy „Astry” i „Maki” Janiny Bergander. Kwiaty często sztuczne, jako „martwa natura” w wazonach Mieczysława – „Kwiaty” oraz Edwarda Dyrkacza – „Cyklameny w glinianej donicy” czy „Amarylis”.

Na tegorocznej Wystawie były trzy niespodzianki. Pierwsza to Halina Mąkowska, stała gość naszych wystaw, która tym razem okazała się wspaniałą portrecistką, ukazującą cztery – od promiennej pastelowej młodości do brunatnej zgrzybiałej starości – wcielenia tej samej postaci (cykl „Bartomiła Mąkowska I–IV”). Drugą była nowa odsłona także naszej stałej wystawczyni Jadwigi Wardęckiej-Borysiewicz: filozoficzne, pełne ruchu i koloru obrazki z miasta, a szczególnie fascynujący „Teatr uliczny” z ulicą Piotrkowską w tle. A trzecią sprawił, również często goszczący na naszych kolejnych wystawach, pogodny kolorysta Zbigniew Maciejewski, który tym razem przedstawił zupełnie odmienny od znanych nam prac tego autora cykl „Pożoga” – krwi-

stobrunatny, zatrważający obraz świata (?), wydarzenia (?), życia (?). Wstrząsające!

Cieszymy się, że w obecnej wystawie wzięło udział tak wielu lekarzy malarzy z całej Polski. Zdominowali ją od lat zaprzyjaźnieni z naszą Izbą i jej twórcami, przedstawiciele warszawskiej OIL – „silna grupa”. Prace ich były w większości ciekawe i dojrzałe, a najpiękniejszy był „Autoportret” Tadeusza Wolskiego (internisty), który w czterech obrazach zawarł informację, jak wszechstronne są jego zainteresowania i umiejętności malarskie („Autoportret”, „Martwa natura”, „Lato na Podlasiu”).

•••

VII Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy otworzyli: przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi – Grzegorz Krzyżanowski oraz kierownik Klubu Lekarzy i szef Komisji Kultury ORL – Andrzej Święs (wręczali każdemu z twórców adres gratulacyjny wraz z przepiękną różą). Ryszard Golański, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, odczytał list prezesa NRL Konstantego Radziwiłła, który – już tradycyjnie – objął patronat nad Wystawą.

Warto na koniec dodać, że Wystawa 2009 r. ma szczególne znaczenie, gdyż odbyła się w roku jubileuszowym, w którym środowisko lekarskie obchodzi dwudziestolecie reaktywacji swej samorządowej działalności. Jest to rok nie tyle „świętowania”, co dokonywania podsumowań i ocen funkcjonowania izb lekarskich na różnych płaszczynach przyznanych im ustawowo. A opieka nad pozazawodową twórczością kulturalną lekarzy – jak się okazało szeroko uprawianą i rozbudowaną tematycznie oraz formalnie – to także wypełnianie celów założonych w ustawie – celu integracji środowiska lekarskiego. Myślę, że wielka (tak, nie wstydzmy się tego drobnego samochwalstwa) Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy jest tego znamienitym przykładem.

Grażyna Rzepecka-Koniarek

fot. A. Tokarska
R. Golański
R. Poradowski

Uroki jazdy konnej

Jak Romeo leśniczego zdemaskował

Każda miłość może mieć swój kres, ale miłość do koni – nigdy

Z wysokości siodła i w kontakcie z koniem wszystko wygląda inaczej. Jazda konna, poza dobroczynnym działaniem na zdrowie człowieka (i konia!), daje nieograniczone możliwości poznania świata z innej strony i odkrycia wielu tajemnic przyrody. Stukot niekutycho kopyt nie wprowadza niepokoju w świecie zwierząt, zarówno w polu, jak i w lesie. Można być zatem świadkiem huczki dzików i toków bażantów, oglądać walki kangurze zajęcy w czasie parkotów i zabawę małych borsuków.

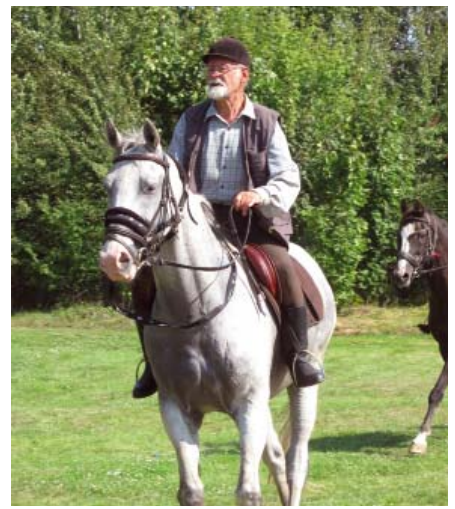
Zwierzyna leśna pozwala jeźdźcowi na skrócenie „bezpiecznej” odległości i tak do kłępy z loszakiem udało mi się podjechać na odległość około 30 metrów, a do młodszych sarenek, pasących się w zbożu – nawet na 10–15 metrów. Zdarzyło mi się też, że na widok konia, wiedzione ciekawością warchlaki zaczęły biec w jego kierunku i zawróciły dopiero po zdecydowanej reakcji lochy. Byłem również świadkiem wielu innych zdarzeń, które bez udziału konia nie byłyby możliwe. A oto jedno z nich...

Od pewnego czasu podczas moich wędrówek natykałem się na samochód straży leśnej. Zazwyczaj stał ukryty na duktach w pobliżu świeżych poręb. W aucie siedział nieruchomo lub przechadzał się w pobliżu mężczyzna w stroju leśnika, któremu niekiedy towarzyszyła kobieta. Od znajomego dowiedziałem się, że jest to nowy leśniczy, który zamieszkał z młodą żoną w niedawno wyremontowanej leśniczówce. Powiedział mi też, że wziął się on ostro za kłusownictwo i kradzież drewna. Sam nie polował. Wysoka postać, sprężysty krok – nowy leśniczy był przeciwieństwem zwalistego, zmarłego niedawno poprzednika.

Pewnego dnia, pod koniec lipca, przed zachodem słońca, wybrałem się na samotną przejażdżkę. Jak zwykle zabrałem luzaka Romea, ulubieńca mojej żony. Dzień był wyjątkowo upalny i ze względu na gzyjechałem obrzeżami lasów. Pola dyszały zapachem dojrzałych zbóż. Dojechałem do świeżej poręby i ignorując tabliczki ostrzegawcze wybrałem drogę na skróty. Tutaj buchały zapachy żywicy i więdnących liści. Nagle za strefą ściętych drzew zobaczyłem znajomy terenowy samochód. Z powodu upału szyby były odkręcone, a z tyłu, z otworu okiennego, zwiślała poruszająca się dłoń kobieca.

Postanowiłem jak najciszej opuścić podwójnie zakazany teren, ale ową rękę zoczyłem również idący „na ogonie” Romeo. Wydłużonym stępem ruszył w kierunku auta. Stary łasuch – jak zwykle – liczył na ukryty w dłoni smakołyk. Złapał ją delikatnie zębami i wargami próbował wyłuskać „ukryty” przysmak. Ciszę leśną rozdarł przeraźliwy wrzask kobiecy. Przestraszony koń wyrzwał łbem w dach samochodu. Przez moment zobaczyłem burzę blond włosów, obfitą pierś i niekompletnie ubranego leśnika, wpadającego między siedzenia.

Galopem „z lewej” rwałem byle dalej od feralnego miejsca, a obok mnie podążał potrząsając obolałym łbem Romeo. Z niepokojem myślałem o przykrych następstwach i nagle przyszło mi do głowy, że jeśli ten nieznajomy choć przez moment uwierzył, że był sprawcą niewyobrażalnej eksplozji namiętności swej damy, to poczuł się jak prawdziwy macho. A za taką chwilę szczęścia niejedynemu oddałby (jak w starej piosence) „skarby świata całego”.



W podłym nastroju wracałem do domu. Pięć kilometrów dalej przejeżdżałem obok leśniczówki i już z daleka zobaczyłem młodą kobietę, zdejmującą ze sznurów „suche pranie”. Na widok koni odłożyła naręczce bieleziny i machając ręką podbiegła do furtki. Nie wypadało mi nie podjechać bliżej. Podziwiałem urodę nieznajomej. Ładną twarz okalały ciemne włosy, w uśmiechu pokazywała równe, ściśle zęby, jej biała bluzeczka opinała się na kształtnych, drobnych piersiach i zgrabnej kibici, a krótka spódniczka nie skrywała zgrabnych bosych nóg.

W czasie krótkiej rozmowy kobieta zwierzyła się, że pochodzi z okolic Rzeszowa, jej ojciec był leśnikiem i jako dziewczyna jeździła konno, a zimą w czasie kopnych śniegów dojeżdżała nawet w siodle do szkoły. Zerwała kilka jabłek, podeszła do koni, podając je na wyciągniętej dłoni. Siwy zjadał je ze smakiem, natomiast Romeo w wysokim piąffie i z rozdętymi chrapami obiegał nieznajomą. Był wyjątkowo nieufny i podniósł tylko kilka jabłek rzuconych na trawę. Patrząc rozczerwanym wzrokiem na urokliwego luzaka, kobieta powiedziała: „Szkoa, że mąż tego nie widzi.”

Chciała mieć konie, bo są warunki ku temu. Jest mała stodoła i obórka, no i pole, i lasy dookoła. Mąż jednak nie wyraża zgody. „Jest pracoholikiem, wraca z lasu późno i nie ma ochoty na inne przyjemności – wyjaśniła, a pokazując okolicę, z której przybyłem, dodała: – Właśnie zasadził się na złodziei, którzy są wyjątkowo bezczelni. Idą na gotowe i nawet w bagażnikach samochodów osobowych wywożą pocięte kłody.” To prawda, sam widziałem...

Nowy leśniczy okazał się nie tylko pracowitym, ale wyjątkowo dyskretnym człowiekiem. O całym zajściu nie puścił pary z ust i nie składał nudnych skarg w nadleśnictwie, ale... konia nie kupił. Do końca pozostał przy swoim hobby. Po kilku latach awansował i młode małżeństwo przeniosło się w rodzinne strony.

Wojciech Sędzicki
fot. M. Chwiałkowska-Sędzicka



Kolejna inicjatywa integracyjna łódzkiej OIL

Klub Jeździecki

Komisja Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi informuje, że powołany został Klub Jeździecki przy Okręgowej Izbie Lekarskiej. W skład grupy inicjatywnej założenia takiej sekcji wchodziło (w kolejności alfabetycznej): Katarzyna Bracichowicz – Bełchatów, Monika Chwiakowska-Sędzicka – Żakowice, Piotr Kapsiewicz – Łódź, Marek Kmiecik – Modlica, Maciej Klube – Łódź, Krzysztof Krasucki – Dłutów, Wojciech Sędzicki – Łódź oraz Jarosław Suwalski – Mikołajów. W czasie pierwszego spotkania 11 stycznia br., które odbyło się w ośrodku jeździeckim w Mikołajowie, wybrano zarząd Klubu. Jego prezesem został W. Sędzicki, a wiceprezesem – M. Kmiecik, pozostałe wymienione osoby weszły w skład zarządu jako członkowie.

•••

Serdecznie zapraszamy wszystkich miłośników koni – lekarzy oraz najbliższych członków ich rodzin, a także studentów medycyny – do wstąpienia do naszego Klubu Jeździeckiego. Jego pomysłodawca – doktor

Kmiecik, jak i pozostali członkowie zarządu, chcą poświęcić swój czas i energię na spopularyzowanie jeździectwa rekreacyjnego, a także hipoterapii wśród lekarzy – członków naszej Izby. Niestety, świadomość zbawionego wpływu jazdy konnej i w ogóle kontaktu z koniem – zarówno dla zdrowych, jak i chorych – jest obecnie bardzo skromna w naszym środowisku.

Warto podkreślić, że jesteśmy jak dotąd jedynym w kraju lekarskim Klubem Jeździeckim, jeszcze żadna inna izba okręgowa nie podjęła podobnej inicjatywy. Bardzo liczymy, że Koleżanki i Koledzy – miłośnicy koni pomogą nam zorganizować klub z prawdziwego zdarzenia. Na początek zapraszamy do współpracy zwłaszcza (ale nie tylko) osoby, które zdobyły już pewne doświadczenie w jeździe konnej.

Jednocześnie wszystkich zainteresowanych działalnością naszego Klubu informujemy, że w dniach 1–3 maja planujemy zorganizowanie tradycyjnego, trzeciego już z kolei Rajdu Konnego im. Majora Hubala.

Trasa rajdu będzie wiodła szlakiem cmentarzy żołnierzy poległych w okolicach Brzezin podczas tzw. Operacji Łódź w 1914 r. Była to najkrwawsza bitwa w Europie w czasie pierwszej wojny światowej, w której zginęło około 200 tys. żołnierzy trzech armii: pruskiej, rosyjskiej i austriackiej. W każdej z nich – jak wiadomo – walczyli Polacy, przymusowo wcieleni do wojsk naszych zbiorców. Więcej na temat majowego spotkania – w kolejnych numerach „Panaceum”.

Zapraszamy do uczestnictwa w rajdzie i zapisywania się do nowo powołanego Klubu Jeździeckiego. Zapisy przyjmuje i na pytania zainteresowanych chętnie odpowie

Wojciech Sędzicki,
prezes Klubu Jeździeckiego
przy OIL w Łodzi
tel. 0 605 296 622

PS. Pragnąc namówić Koleżanki i Kolegów do uprawiania tej – zdaniem prezesa Klubu Jeździeckiego OIL – najpiękniejszej dziedziny sportu, jaką jest jeździectwo rekreacyjne, zapraszamy do przeczytania krótkiego opowiadania Jego autorstwa na temat uroków jazdy konnej, które zamieszczamy na s. 26.

Turniej o Puchar Przewodniczącego ORL

Decydowały dogrywki

Pod koniec minionego roku, w Klubie Lekarza łódzkiej Izby, odbył się już szósty, tradycyjnie rozgrywany o tej porze roku, Turniej Szachowy o Puchar Przewodniczącego ORL – Grzegorza Krzyżanowskiego.

Rozgrywki szachowe toczyły się z wielką zaciekłością, a o kolejności miejsc decydowały dogrywki. W turnieju głównym pierwsze miejsce zajął niżej podpisany, czyli Jerzy Rzeńca z Sieradza (6 pkt), wygrywając (właśnie po dogrywce) z Jerzym Żelazkiem

ze Zduńskiej Woli (5 pkt). Kolejne miejsca zajęli: Henryk Strzemieczny z Sokolnik Lasu (4 pkt) oraz Wojciech Sędzicki z Łodzi. Lider klasyfikacji otrzymał Puchar Przewodniczącego ORL oraz pamiątkowy dyplom, a pozostali zawodnicy dyplomy i gadżety. Ciekawe, że w rozegranym później XII Turnieju Błyskawicznym o Mistrzostwo OIL kolejność pierwszych czterech lokat była identyczna, ale o uplasowaniu się na miejscach II–IV zdecydowały aż trzy dogrywki.

Następne rozgrywki szachowe o tytuł najlepszego szachisty bądź farmaceuty w regionie łódzkim odbędą się jak zwykle w ostatnią sobotę maja 2009 r., ale po raz pierwszy poza terenem Sieradza. Miejscem spotkania będzie najprawdopodobniej Piotrków Trybunalski lub Zduńska Wola. Ma to na celu uaktywnienie miejscowych środowisk szachistów – lekarzy i zachęcenie ich do udziału w lekarskich turniejach. Być może w ten sposób uda się liczniesze grono Koleżanek i Kolegów namówić do gry w szachy. O szczegółach – w następnych komunikatach.

Jerzy Rzeńca
fot. E. Sadura





Plebiscyt „Sportowiec – Lekarz 2008”

Jeszcze do 28 lutego br. można oddać swój głos na lekarza naszej OIL – sportowca roku 2008, który zdaniem głosującego zasłużył na ten tytuł. Spośród zgłoszonych do 8 grudnia ub.r. kandydatów do tego tytułu, członkowie Komisji Sportu i Rekreacji OIL utworzyli 8-osobową listę tych, którzy otrzymali największą liczbę głosów. Do fazy finałowej zostali zatwierdzeni (nazwiska podajemy w kolejności alfabetycznej):

1. Anna Balicka – tenis ziemny,
2. Włodzimierz Dłużński – LA,
3. Adam Jakubowski – tenis ziemny,
4. Andrzej Jasiński – tenis ziemny,
5. Wiesław Krakowski – tenis ziemny, pływanie, LA,
6. Janusz Malarski – tenis ziemny,
7. Bogusław Rataj – tenis ziemny, siatkówka,
8. Ewa Zimna-Walendzik – pływanie.

Zgodnie z regulaminem plebiscytu, swój głos można oddać e-mailem, faksem lub telefonicznie do Biura OIL w Łodzi z zatwierdzonej listy, którą publikujemy powyżej, albo na stronie internetowej naszej Izby: www.oil.lodz.pl (zakładka – plebiscyt). Każdy lekarz – członek OIL w Łodzi dysponuje tylko jednym głosem. Oddając głos, należy podać: imię i nazwisko kandydata oraz dyscyplinę sportową, którą reprezentuje. Głosy oddane w fazie zgłaszania kandydatów nie będą brane pod uwagę.

Ogłoszenie wyników plebiscytu nastąpi do 10 marca br. na stronie internetowej OIL, a także w nr 4/2009 „Panaceum”. Zwycięzca plebiscytu zostanie uhonorowany na najbliższym XXV Okręgowym Zjeździe Lekarzy

(opr. ES)

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego informuje, że rozpoczęła się realizacja projektu pn.

Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy

Beneficjentem systemowym dla tego projektu jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, które do 2015 r. będzie organizowało nieodpłatne kursy specjalizacyjne dla lekarzy ww. specjalności.

Zainteresowanie podjęciem specjalizacji w tych specjalnościach, zwłaszcza z dziedzin onkologicznych oraz medycyny pracy, jest wśród lekarzy i stażystów bardzo małe. Dlatego od stycznia 2009 r. WCZP w Łodzi uruchomiło punkt konsultacyjny dotyczący projektu, aby zainteresowanych podejmowaniem szkolenia w ramach specjalizacji deficytowych, wspomagać pełną informacją. O szczegółach można się dowiedzieć dzwoniąc:

mgr Agnieszka Julińska,
tel. 042 636 66 54, w. 36

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego

informuje, że w 2009 r. kursy w zakresie ratownictwa medycznego odbędą się:

• dla lekarzy

w terminach: 16–18 lutego, 16–18 marca, 27–30 kwietnia, 25–27 maja, 1–3 czerwca. Obowiązują dwa dni zajęć praktycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi;

• dla dentystów

w terminach 23–27 lutego, 23–27 marca, 11–15 maja. Obowiązuje 5 dni zajęć praktycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi.

Miejsce zapisów:

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UM w Łodzi,
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22,
tel. 042 678 37 48
Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi,
90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9
tel. 042 639 32 72



II Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
zaprasza na

XV Łódzka Konferencję Kardiologiczną

4 kwietnia 2009 (sobota), godz. 9–16

Teatr Wielki w Łodzi, pl. Dąbrowskiego

Przewodnicząca Komitetu Naukowego – prof. Maria Krzemińska-Pakuła

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego – prof. Jarosław Drożdż

Najważniejsze tematy:

- Postępy kardiologii klinicznej. Ostre zespoły wieńcowe.
- Leczenie nadciśnienia u osób w wieku podeszłym.
- Cele wczesnej rehabilitacji kardiologicznej.
- Nowe rekomendacje w niewydolności serca.
- Migotanie przedsionków – nowa strategia leczenia.
- Forum przypadków klinicznych. Zaburzenia rytmu.
- Gorąca linia – najnowsze doniesienia z kardiologii.

Szczegółowy program: www.lodz.ptkardio.pl

Koszt uczestnictwa: wpłata na konto do 20 marca – 50 zł, na miejscu – 60 zł

nr konta: Bank PKO S.A. VI O/Łódź 30 1240 3031 1111 0000 3426 8447

(z dopiskiem KARDIO)

Zgłoszenia:

INTERSERVIS Sp. z o.o.

90-537 Łódź, ul. Stefanowskiego 24,

e-mail: biuro@interservis.pl

tel. 042 637 12 15 w. 101, 042 637 13 59 w. 118

faks 042 639 79 80

Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów

zaprasza na kolejny kurs do Ciechocinka nt.

**Rehabilitacja protetyczna
z zastosowaniem protez stałych**

Szkolenie odbędzie się 21 maja 2009 r. (sobota)
w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku
przy ul. Zdrojowej 17. Początek zajęć o godz. 10.

**Tematyka:**

- Wskazania i planowanie koron, mostów.
- Przygotowanie zębów filarowych pod uzupełnienia stałe (*step by step*).
- Ochrona miazgi po zabiegu szlifowania. Uzupełnienia tymczasowe.
- Pobranie wycisku – materiały, metody.
- Wykonawstwo laboratoryjne.
- Systemy do mocowania koron na filarach zębowych (cementowanie).
- Konkretnie sytuacje kliniczne i ich wpływ na konstrukcję uzupełnienia.
- Łączyć, czy dzielić protezy stałe? Co o tym decyduje?
- Komplikacje wczesne i późne – postępowanie.
- Nowe technologie w wykonywaniu uzupełnień stałych.

Kurs organizowany jest pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej OIL.

Wykładowca: prof. dr hab. Wiesław Hędzek – kierownik Katedry i Kliniki Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Termin nadsyłania zgłoszeń i wpłat do 16 marca 2009 r. Liczba miejsc ograniczona.

Opłata za kurs – 240 zł (koszt szkolenia + obiad, kawa, napoje, ciastka).

Wpłaty na konto: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620,

Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów,

87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2

Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 punktami edukacyjnymi. Prosimy o wypełnienie i przesłanie Internetem formularza zgłoszeniowego znajdującego się na stronie internetowej www.stomatologia.edu.pl lub przesłanie zgłoszenia – zawierającego dane konieczne do wystawienia rachunku – pod adresem: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2. Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: tel. 054 231 51 57 lub 0 694 724 871.



W dniach 6–7 marca 2009 r. w Łodzi, w budynku Teatru Jaracza, odbędą się

VIII Łódzkie Warsztaty Psychogeriatryczne

organizowane przez Klinikę Psychiatrii Wieku Podeszłego
i Zaburzeń Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dobry odbiór i znaczna frekwencja w ubiegłych latach przekonują nas, że marcowe warsztaty na trwałe zagościły w kalendarzach nie tylko psychiatrów i neurologów, ale także geriatrów i lekarzy rodzinnych zainteresowanych problematyką zaburzeń psychicznych wieku podeszłego. W ubiegłorocznych warsztatach udział wzięło około 400 osób z całej Polski, wierzymy, że tę tradycję uda się również podtrzymać w nadchodzącym roku. Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w obradach.

prof. dr hab. n. med. Iwona Kłoszewska
przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Tematem przewodnim warsztatów będzie:

Nowoczesna psychogeriatryka

Przewidziano m.in. sesje, wykłady plenarne i zajęcia warsztatowe poświęcone następującym zagadnieniom: – Zespoły otępienne, – Depresja u osób w wieku podeszłym, – Zaburzenia psychotyczne u osób w wieku podeszłym, – Psychiatria sądowa w psychogeriatryce, – Diagnostyka neuropsychologiczna w psychogeriatryce, – Możliwości i ograniczenia farmakoterapii zaburzeń psychicznych u osób w wieku podeszłym.

Szczegółowe informacje w sekretariacie konferencji:

Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10, tel. 042 675 73 72, faks: 042 675 77 29
e-mail: klinika1@tlen.pl, klinika1@o2.pl lub psychogeriatryka@csk.umed.lodz.pl
<http://www.csk.lodz.pl/geriatria>



W ramach łódzkiej edycji śląskiego cyklu szkoleniowego pt. „Bezpieczeństwo pacjenta w gabinecie stomatologicznym” zapraszamy 21 marca 2009 r. na praktyczny kurs pt.

**Pacjent z wywiadem alergicznym w stomatologii
Jak uniknąć reakcji anafilaktycznych w gabinecie?**

**koszt
250 zł
5 punktów
edu**

- kurs prowadzą lekarze praktycy: alergolog, anestezjolog i stomatolog;
- analiza rzeczywistych przypadków, które miały miejsce w gabinetach stomatologicznych;
- nieodpłatne testy skórne na lateks wykonywane przez alergologa chętnym uczestnikom.

Umiejętności nabyte na kursie:

- właściwa interpretacja wywiadu alergicznego przez lekarza dentystę (ustalenie stopnia ryzyka);
- dobra współpraca z poradnią alergologiczną;
- środki ostrożności w postępowaniu stomatologa z pacjentem alergicznym, ze szczególnym uwzględnieniem znieczulenia miejscowego (czym i jak znieczulać alergików?)

Możliwość uczestnictwa w dodatkowych warsztatach praktycznych w małych grupach, na fotelach stomatologicznych!

Prowadzący kurs to jedni z nielicznych w kraju specjalistów, którzy zajmują się praktycznymi aspektami uczuleń w stomatologii. Dzięki gromadzonej w ciągu wielu lat bazie przypadków klinicznych – stworzyli oni m.in. Centrum Konsultacyjne służące stomatologom w trudnych przypadkach alergologicznych.

Miejsce kursu: OK Dworek Dobieszaków (dojazd na www.hoteldobieszkow.com.pl).
Rozpoczęcie: godz. 9.30.
Kierownictwo naukowe: Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją
Dyrektor Instytutu Stomatologii w Katowicach dr n. med. Michał Kaszuba.

Informacje i zapisy do 10 marca 2009 r. – tel. 0 604 574 752 w godz. 10–18.

Następny kurs cyklu: 25 kwietnia 2009 r.

„Różne postacie reakcji anafilaktycznych spotykane w stomatologii – praktyczne schematy postępowania.”

JUVENES PRO MEDICINA

**47th POLISH AND 5th INTERNATIONAL
CONFERENCE OF STUDENTS
AND JUNIOR DOCTORS**

Honorary Patronage
Mayor Of The City Of Lodz
Jerzy Kropiwnicki

Rector Of
The Medical University Of Lodz
Professor Paweł Górski, MD, PH.D.

e-mail: stn@eraur.com
<http://stn.eraur.com>

POLAND, LODZ 2nd - 4th APRIL 2009
ABSTRACTS SUBMISSION DEADLINE: 16. 02. 2009



**APTEKA
i SKLEP REHABILITACYJNY**

**APTEKI
dbam o zdrowie**

Łódź, ul. Sporna 83
sklep czynny: pn.-pt. 9-16
tel. 042 656 25 20

Oferuje:

- Szeroki asortyment produktów dla kobiet po mastektomii (protezy piersi, bielizna i wiele innych).
- Wózki, materace p/odleżynowe, balkoniki, podkłady, cewniki, pieluchomajtki.
- Peruki dla kobiet w okresie chemioterapii.
- Sprzęt do rehabilitacji chorych w okresie rekonwalescencji (drabinki, lampy, aparaty do masażu).

„Rehimed”

Sklep ze sprzętem rehabilitacyjnym

Łódź, ul. Tuwima 6, tel./faks 042 632 33 16

oferuje

- sprzęt rehabilitacyjny – pełny asortyment
- krzesła i fotele stabilizujące kręgosłup
- poduszki anatomiczne pod kręgosłup szyjny
- kozetki lekarskie
- stoły do masażu
- oraz inny sprzęt do gabinetów lekarskich

Praca

Fizjoterapeutka podejmie współpracę na terenie Łodzi,
tel. **0 604 062 055**

Pielęgniarka podejmie pracę – gabinet lekarski, pracownia diagnostyczna – USG, TK, RTG, POZ, NZOZ, zabiegi pielęgniarstwa i opieka nad chorym,
tel. **042 671 30 69, 0 501 645 266**

Specjalista **ortopedii i traumatologii** z 10-letnim stażem pracy podejmie współpracę na terenie Łodzi i okolic,
tel. **0 508 926 553**

Logopeda poszukuje pracy w Łodzi i okolicy na godziny,
tel. **0 692 432 351**

Lekarz **reumatolog** (emeryt, lat 65) podejmie pracę w poradni reumatologicznej w Łodzi lub okolicach,
tel. **0 600 063 664**,
e-mail: j23no@interia.pl

Specjalista **medycyny ratunkowej** z doświadczeniem poszukuje pracy na terenie centralnej Polski,
tel. **0 606 372 252**,
e-mail: maniek@toya.net.pl

Technik dentystryczny po trzymiesięcznym stażu (praktyka w zawodzie), absolwentka Studium Techniki Dentystrycznej nr 1 w Łodzi, pilnie szuka pracy (umowa o pracę lub inna forma zatrudnienia) w publicznej lub prywatnej placówce,
tel. **0 605 677 952**

SP ZOZ Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu, ul. Łęczycka 24a, zatrudni **lekarza rodzinnego** lub **internistę**,
tel. **042 717 41 29**,
e-mail: mzpr.zgierz@neostrada.pl

Szpital w Zgierzu zatrudni w Zakładzie Medycyny Ratunkowej lekarzy posiadających specjalizację z **chorób wewnętrznych, neurologii, anestezjologii i medycyny ratunkowej**.
Oferty prosimy kierować na adres:
WSS im. M. Skłodowskiej-Curie
95-1000 Zgierz, ul. Parzęczewska 35,
tel. **042 714 43 29**
(Dział Służby Pracowniczej)

GZOZ gminy Ozorków zatrudni lekarza **medycyny rodzinnej** lub **internistę**,
tel. **0 500 136 667** lub **042 277 14 50**
e-mail: gzoz.@mm.pl.com

Nawiążę współpracę z **internistą, pediatrą, lekarzem rodzinnym**,
tel. **0 516 532 157**

Nowo otwarty NZOZ w Radomsku zatrudni **dentystów** oraz nawiąże współpracę z **ortodontą**,
tel. **0 502 313 025** (po godz. 20)

Szpital Powiatowy w Makowie Mazowieckim poszukuje specjalisty **ginekologa-położnika** (mile widziany doktorat) do objęcia stanowiska ordynatora oddziału (w związku z chorobą dotychczasowego ordynatora). Nasz Szpital jest wieloprofilowy, posiadamy certyfikat ISO i akredytację.
Zapraszamy do składania ofert,
e-mail: januszgrochowski@onet.pl

NZOZ Meritum w Łodzi zatrudni lekarza **stomatologa**,
tel. **042 632 87 59**
e-mail: meritum@meritum.lodz.pl

ZOZ „FRODENT” w Łodzi zatrudni lekarza **stomatologa**,
tel. **0 606 918 918**

NZOZ „CARE” w Zgierzu zatrudni lekarzy **internistów** w dowolnym wymiarze czasu pracy (także dyżury),
tel. **042 714 10 30**

SP ZOZ w Pabianicach, zatrudni lekarzy w ramach własnej działalności gospodarczej na dyżury w SOR o specjalnościach: **medycyna ratunkowa, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, ortopedia i traumatologia, anestezjologia i intensywne terapia**. Zatrudnimy także lekarzy (umowa o pracę) o specjalnościach: **choroby wewnętrzne i medycyna rodzinna** albo lekarzy pragnących specjalizować się w wymienionych dziedzinach,
tel. **042 225 25 25**

Nawiążę współpracę z **endodontą**,
tel. **0 505 101 611**

Zatrudnię **dentystę** – Łódź-Widzew,
tel. **0 605 422 697**

NZOZ zatrudni **dentystę** (protetyka) w Konstancynie Łódzkiej,
tel. **0 602 100 246, 0 792 358 632**

ZOZ dla Szkół Wyzszych w Łodzi „PaLMA”, w związku z reorganizacją i planowanym rozwojem, zatrudni czterech lekarzy po LEP-ie. Gwarantujemy możliwość rozpoczęcia specjalizacji. Oferujemy dobre warunki finansowe. Kontakt: dr n. med. Andrzej Fijałek, dyrektor ZOZ SW „PaLMA”,
tel. **042 633 75 44** (sekretariat)
e-mail: palma@palma.org.pl

NZOZ w Łodzi zatrudni **stomatologa**,
tel. **0 605 331 343**

Zatrudnimy lekarza **endokrynologa, okulistę, psychiatrę, alergologa, diabetologa, kardiologa, internistę** (POZ) oraz lekarzy na dyżury,
tel. **042 613 69 80**

POZ prz Szpitalu Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi poszukuje do pracy lekarza **POZ** lub **rodzinnego** z doświadczeniem. Dobre warunki pracy,
tel. **042 250 67 40**

NZOZ Medycyna Grabieniec w Łodzi

oferuje bardzo dobre warunki zatrudnienia dla lekarzy specjalistów na etat.

Pełen wymiar – elastyczny czas pracy!!!

NIE PRZEGAP TEJ OFERTY

Praca dla specjalistów: **okulisty, laryngologa, alergologa, neurologa, pulmonologa, diabetologa, psychiatry** oraz **psychologa klinicznego.**

BARDZO DOBRE WARUNKI FINANSOWE

Także dla **internistów** lub **lekarzy rodzinnych** bądź lekarzy w trakcie ww. specjalizacji.

Oferujemy bardzo dobrą pracę w nowoczesnej poradni na Teofilowie.

Zapraszamy Państwa Pacjentów do Poradni Psychologicznej ze skierowaniem od lekarza POZ lub specjalisty.

Kontakt: **0 600 012 351** lub **0 602 859 697**

Centrum Medyczne Pro-MED Sp. z o.o. w Pabianicach

zaprasza do współpracy lekarzy w następujących specjalnościach:

interna, okulistyka, laryngologia, ortopedia, chirurgia, pediatria, dermatologia, ginekologia, urologia, kardiologia, neurologia, medycyna pracy, radiologia.



Pragniemy nawiązać współpracę z szerokim zespołem specjalistów, posiadających co najmniej 10-letni staż pracy, mile widziana praktyka w klinikach i oddziałach specjalistycznych.

Oferujemy interesujące zarobki, dobre wyposażenie, najwyższej jakości sprzęt i pracę w doświadczonym zespole.

Zainteresowanych prosimy o kontakt:
e-mail: sekretariat@cmpromed.eu
tel. **0 698 467 800**

Wójt gminy Dąbrowice informuje, że w miejscowości Dąbrowice, w gminie wiejskiej Dąbrowice, pow. kutnowski, istnieje możliwość rozpoczęcia działalności przez **lekarza rodzinnego** w ramach samodzielnego prowadzenia NZOZ. Mieszkanie – w budynku ośrodka zdrowia.

Kontakt: tel. **024 252 25 87, 024 252 25 91** (wójt gminy)

Zespół Opieki Zdrowotnej Łódź-Bałuty, ul. Smugowa 6, zatrudni

lekarza radiologa do badań USG.

Szczegółowe informacje na miejscu.

Tel. **042 657 69 50**

Recepty lekarskie
numerowane, z kodem kreskowym
już od dziś możesz zamówić w drukarni

Unigawa

94-411 Łódź, ul. Żłotno 173

Szczegóły tel. **042 634 83 84,**

faks **042 634 83 85**

lub na stronie www.recepty.org.pl

e-mail: recepty@unigawa.pl

MULTI PLUS NZOZ

ŁÓDŹ, ul. Kopernika 67/69

telefon (42)636 36 59,

(42)633 57 60, 512 19 24 91

Nawiąż współpracę z lekarzami różnych specjalizacji w godz. 9⁰⁰ - 14⁰⁰ (również z rencistami i emerytami)



www.multimedplus.pl

Zapraszamy do współpracy lekarzy zabiegowców, posiadamy nowoczesnie wyposażoną salę zabiegową

- - nowe, komfortowo wyposażone gabinety i sala zabiegowa,
- - łatwy dojazd,
- - strzeżony parking

kontakt Krzysztof Zarzycki

Różne

Statystyczna analiza danych (obróbka, wykresy, metody statystyczne, opisy) do prac dyplomowych i badawczych,

tel. **0 785 627 614**

Język angielski – profesjonalnie z NATIVE SPEAKERem z Anglii dla lekarzy i nie tylko,

e-mail: vealo50@hotmail.com

tel. **0 507 339 089**

Sprzedam

Autorefraktometr ze stolikiem,

tel. **042 684 17 43**

Sprzedam kasetę szkieł próbnych Carl Zeiss Jena, frontofokometr Nikon EL-8,

tel. **0 603 272 216**

Sprzedam (osobie uprawnionej) testy psychologiczne,

tel. **0 602 100 246**

Lokale

Lokal na gabinet lekarski w NZOZ-ie na Władzowie 12 m wynajmę

tel. **0 605 422 697**

Gabinet lekarski do wynajęcia w Tomaszowie Mazowieckim,

tel. **044 724 24 28**

lub **0 602 190 429** (po godz. 20)

Kupię lub wynajmę gabinet stomatologiczny w Łodzi,

tel. **0 508 363 777**

Posiadam do wynajęcia parter domu (w dużym osiedlu) na gabinety lekarskie,

tel. **0 607 171 919, 0 607 171 927**

Gabiny lekarskie w centrum Łodzi (stomatolog, POZ, specjaliści) wynajmujemy – ceny do negocjacji, tel. **0 605 270 954**

Do wynajęcia wyposażony gabinet stomatologiczny.

Kontakt: tel. **0 509 659 907**

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ŁODZI

Dyżury

Przewodniczący ORL – GRZEGORZ KRZYŻANOWSKI
po uzgodnieniu telefonicznym

Wiceprzewodniczący ORL

Małgorzata Kaczmarska-Banasiaak – wtorek 14⁰⁰–15⁰⁰

Delegatura Łódzka – Janusz Kajdos – czwartek 8³⁰–10⁰⁰
(po uzgodnieniu telefonicznym)

Delegatura Piotrkowska – Grzegorz Mazur – wtorek 13⁰⁰–14⁰⁰

Delegatura Sieradzka – Beata Zwolińska – czwartek 12⁰⁰–13⁰⁰

Delegatura Skierniewicka – Robert Filipczak – czwartek 14⁰⁰–15⁰⁰

Sekretarz ORL – Marek Nadolski – piątek 13³⁰–15³⁰

Zastępca Sekretarza ORL – Paweł Czekalski – czwartek 15⁰⁰–16⁰⁰

Skarbnik ORL – Zbigniew Adamczyk – czwartek 15⁰⁰–16⁰⁰

Sławomir Zimny – środa 13⁰⁰–14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Zbigniew Muszyński – środa 15⁰⁰–18⁰⁰

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego

Januariusz Kaczmarek – środa 13⁰⁰–15⁰⁰

BIURO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

93-005 Łódź, ul. Czerwona 3

tel. 042 683 17 91, faks 042 683 13 78

Dyrektor Biura – Halina Kotus

Biuro czynne

wtorek 9⁰⁰–17⁰⁰, pozostałe dni 8⁰⁰–16⁰⁰

Kancelaria Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

wtorek 9⁰⁰–17⁰⁰, środa 10⁰⁰–18⁰⁰, pozostałe dni 8⁰⁰–16⁰⁰

tel. 042 682 11 62, 042 682 11 74

Sekcja ds. Rejestru i Praw Wykonywania Zawodu

tel. 042 683 27 92, 042 683 27 91

Rejestr prywatnych praktyk,

Rejestr podmiotów prowadzących kształcenie

tel. 042 683 27 91

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

Paweł Szemraj – środa 14⁰⁰–16⁰⁰

tel. 0 668 005 348

Radcy prawni

Tadeusz Spruch – wtorek 14⁰⁰–16⁰⁰, piątek 11⁰⁰–13⁰⁰

Anna Sychowicz – poniedziałek 11⁰⁰–13⁰⁰

Jarosław Klimek – po uzgodnieniu telefonicznym

Klub Lekarza – tel. 042 682 57 30

Lekarska Kasa Pożyczkowa – tel. 042 682 57 28

FILIE BIURA W DELEGATURACH

97-300 Piotrków Trybunalski, ZNP

ul. Sienkiewicza 16, tel./faks 044 649 17 34

poniedziałek–piątek 8⁰⁰–15³⁰, wtorek 9⁰⁰–16⁰⁰

98-200 Sieradz, SP ZOZ, ul. Armii Krajowej 7, tel. 043 827 57 23

poniedziałek–piątek 7⁰⁰–14⁰⁰, wtorek bez interesantów

96-100 Skierniewice, ul. Jagiellońska 29, tel. 046 832 31 47

poniedziałek–piątek 8⁰⁰–16⁰⁰, wtorek 9⁰⁰–17⁰⁰

przyjmowanie interesantów: 10⁰⁰–15⁰⁰, wtorek 10⁰⁰–17⁰⁰

RACHUNKI BANKOWE

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

PKO BP SA I Oddział w Łodzi,

nr konta 98 10203352 0000160200100362

(na to konto należy wpłacać składki lekarskie)

Lekarska Kasa Pożyczkowa

PKO BP SA, nr konta 03 1020 3352 0000 1502 0010 6195

Fundacja Wspierania Seniorów Środowisk Inteligenckich

PKO BP SA, nr konta 87 1020 3352 0000 1102 0094 0049

Ważne dla reklamodawców

Dane o piśmie

• Okładki i środek w pełnym kolorze.

• Liczba edycji – 11 w roku (miesięcznik z przerwą wakacyjną).

W 2009 r. kolejne numery „Panaceum” ukażą się według następującego harmonogramu (druga data dotyczy terminu dostarczenia materiałów):

- nr 3 – 3 marca (do 17 lutego),
- nr 4 – 31 marca (do 17 marca),
- nr 5 – 5 maja (do 21 kwietnia),
- nr 6 – 2 czerwca (do 19 maja),
- nr 7–8 – 14 lipca (do 30 sierpnia),
- nr 9 – 8 września (do 25 sierpnia),
- nr 10 – 6 października (do 22 września),
- nr 11 – 10 listopada (do 27 października),
- nr 12 – 1 grudnia (do 17 listopada).

• Nakład: 11 800 egzemplarzy.

• Format: 208 x 288 mm.

• Parametry techniczne ogłoszeń (wymiar netto):

- strona A4 – 183 x 264 mm;
- 1/2 strony A4 w poziomie – 183 x 130,5 mm;
- 1/2 strony A4 w pionie – 89 x 264 mm;
- 1/4 strony A4 – 89 x 130,5 mm;
- 1/8 strony A4 – 89 x 63,5 mm;
- 1/16 strony A4 – 89 x 30 mm;
- 1/32 strony A4 – 42 x 30 mm.

Ceny ogłoszeń

ROZMIAR	OKŁADKA		BLOK REKLAMOWY				STRONY REDAKCYJNE (tylko pełny kolor)
	zewnątrzna s. 4	wewnętrzna s. 2 i 3	STANDARD (żółte tło)	WYRÓŻNIENIE 1 Białe tło	WYRÓŻNIENIE 2 Białe tło + 1 kolor	WYRÓŻNIENIE 3 Pełny kolor	
1/1	2400	2200	1000	1100	1400	1800	2000
1/2	–	1100	500	550	700	900	1000
1/4	–	–	250	280	350	450	500
1/8	–	–	130	140	170	220	–
1/16	–	–	60	70	80	100	–
1/32	–	–	40	45	50	60	–
drobne	–	–	30	–	–	–	–
drobne do 15 słów	–	–	bezpł.	–	–	–	–

Są to ceny netto w PLN (trzeba dodać VAT w wysokości 22%), nie obejmują one graficznego opracowania reklam i ogłoszeń dostarczonych do redakcji.

Proponujemy system bonifikat za ciągłość powtórzeń:

3 edycje – 5%, 6 edycji – 10%, 10 edycji – 15%, płatność w całości za wszystkie edycje w roku – 20%.

Możemy zaoferować również współpracę w formie wysyłki Państwa materiałów promocyjnych wraz z naszym piśmie bądź w postaci odrębnej przesyłki w terminie ustalonym przez zainteresowaną firmę. Materiały można wysłać zarówno do wszystkich lekarzy zrzeszonych w łódzkiej OIL, jak i do grup wyselekcjonowanych ze względu na specjalizację, zajmowane stanowisko, miejsce pracy czy zamieszkania.

Koszt zlecenia podlega każdorazowo uzgodnieniu. Kształtuje się od 0,25 zł za sztukę, a określany jest na podstawie nadesłanego materiału lub informacji o nim (waga insertu, rodzaj papieru, liczba składników, rodzaj zlecenia dotyczącego wyboru adresatów).

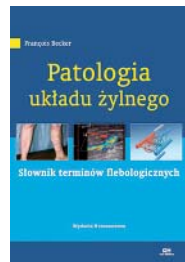
Zamówienie z podaniem danych do faktury należy przesłać do Biura OIL w Łodzi (e-mail, faks, adresy OIL w Łodzi – obok).

Zapraszamy do współpracy!

Francois Becker

**PATOLOGIA UKŁADU ŻYLNEGO.
SŁOWNIK TERMINÓW
FLEBOLOGICZNYCH**Via Medica – Wydawnictwo Medyczne, 2008 r.,
wydanie II rozszerzone, format 205 x 290 mm, opr.
miękka, 148 s.

Publikacja ta jest przeznaczona głównie dla osób, które chcą zdobyć wiedzę dotyczącą tej trudnej dziedziny, jaką jest flebologia. François Becker trafnie połączył definicje francuskojęzyczne i odpowiednie pojęcia anglosaskie, zróznicował opisy pojęć i wskazał stosowne pozycje piśmiennictwa. Możliwe, że niniejsza książka stanie się w przyszłości podręcznikiem referencyjnym w dziedzinie chorób naczyń

Mariusz Gąsior, Lech Poloński,
Grzegorz Opolski**OD BADAŃ KLINICZNYCH DO WYTTCZY-
NYCH – OSTRE ZESPOŁY WIĘNCOWE
BEZ UNIESIENIA ODCINKA ST**Via Medica – Wydawnictwo Medyczne, 2008 r.,
format: 164 x 238 mm, opr. miękka, 260 s.

W kardiologii czas płynie bardzo szybko. Minął zaledwie rok od pierwszego wydania „Ostrych zespołów wieńcowych”, a już zaistniała konieczność uaktualnienia niektórych zaleceń. To wynik opublikowania przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne nowych wytycznych w leczeniu tej choroby. Obecne nowe wydanie opiera się na

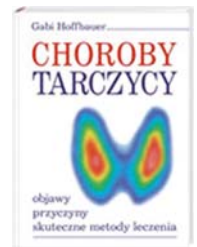


tych właśnie wytycznych i jest ograniczone, ze względu na objętość, tylko do ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST. Kolejną zmianą – jesteśmy przekonani, że korzystną – jest rozszerzenie grona autorów o zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Krótkie komentarze oraz prezentacje badań, na których bazują ostatnie wytyczne Ekspertów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące leczenia ostrych zespołów wieńcowych, ułatwią – jak sądzimy – studiowanie tej pasjonującej dziedziny kardiologii. Wdrożenie wytycznych do codziennej praktyki pozwoli uniknąć pomyłek diagnostycznych i terapeutycznych, a tym samym w pełni wykorzystać możliwości współczesnej kardiologii dla dobra chorych.

Gabi Hoffbauer

CHOROBY TARCZYCYBauer-Weltbild Media (KDC), 2009 r., wyd. I,
format: 16 x 21.5 cm, opr. twarda, 160 s.

Zaburzenia tarczycy rzutują na funkcjonowanie całego organizmu, warto więc rozpoznać problemy hormonalne we wczesnym stadium i szybko przystąpić do ich leczenia. Poradnik szczegółowo omawia wczesne oraz zaawansowane objawy nadczynności i niedoczynności tarczycy, wyjaśnia również mechanizm powstawania wola. Analizuje ponadto jak działa tarczyca podczas ciąży, co powoduje zmiany hormonalne, z którymi borykają się kobiety ciężarne. Z książki można się dowiedzieć, jak zdiagnozować różne schorzenia tarczycy oraz leczyć je konwencjonalnie i naturalnie. Są tu porady zarówno dla dorosłych, jak i dla osób młodych.



db kredyt gotówkowy

Dla lekarzy kredyt bez zbędnych formalności!

Specjalnie dla lekarzy przygotowaliśmy bardzo przystępny **db kredyt gotówkowy**, na dogodnych warunkach. Nie wymagamy zaświadczenia o zarobkach. Wystarczy dyplom lekarza lub dyplom ukończenia studiów medycznych!

Zapraszamy do Placówek db kredyt w Łodzi:
ul. Piotrkowska 49, tel. (042) 664 80 30
ul. Piotrkowska 115, tel. (042) 665 02 40

Bez zaświadczenia o zarobkach!



To bank dobrych kredytów.

Grupa Deutsche Bank





Saab 9-3 XWD. Napęd na 4 pory roku

Nowy Saab 9-3 wyposażony w innowacyjny napęd na cztery koła XWD to Twój oręż w walce ze złymi warunkami na drodze. Zintegrowany system Saab XWD w ciągu milisekund reaguje na zmiany warunków zewnętrznych, bez chwili przerwy utrzymując optymalną przyczepność i zapewniając maksymalną stabilność toru jazdy. Deszcz, śnieg czy mokre liście: złe warunki są bez szans. Sprawdź sam podczas jazdy próbnej. Umów się w salonie Saaba lub na www.traxauto.pl/saab.



"TRAX" Łódź, ul. Żeligowskiego 36, tel. (042) 630 03 30; kom. 0 783 29 50 42

Zużycie paliwa (pomiar zgodny z normą 80/1268/EEC oraz 2004/3/EC) w cyklu mieszanym dla samochodu Saab 9-3 wynosi w zależności od wersji auta od 5,4 do 11,7 l/100 km. Emisja CO₂ (pomiar zgodny z normą 80/1268/EEC oraz 2004/3/EC) wynosi w zależności od wersji auta od 147 do 279 g/km. Informacje na temat złomowania samochodów, przydatności do odzysku oraz recyklingu są dostępne pod adresem internetowym www.saab.pl