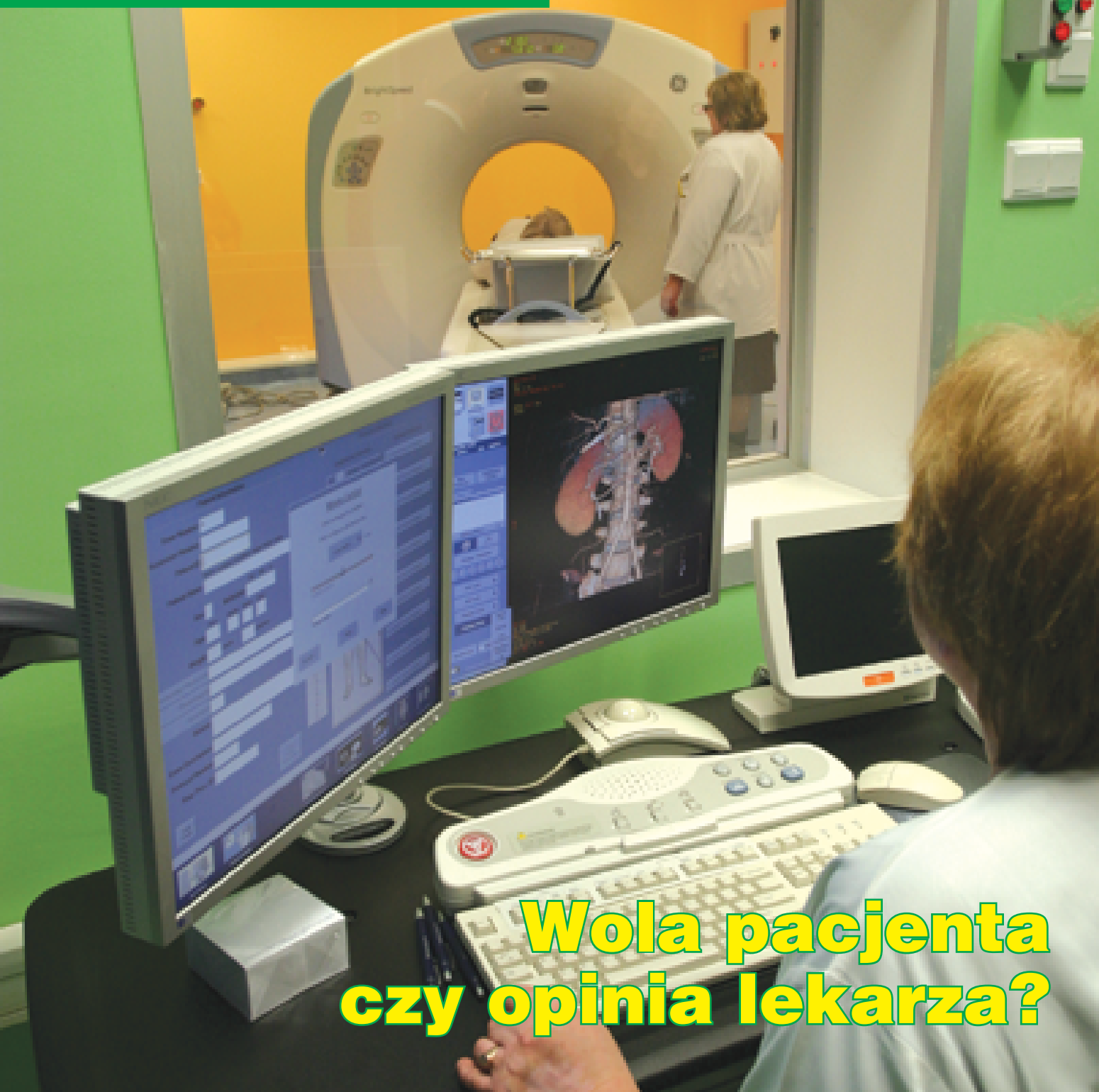


1 2007

Gazeta Lekarska

Exemplarz bezpłatny

Pismo Izby Lekarskiej



**Wola pacjenta
czy opinia lekarza?**

REKLAMA

REKLAMA



W pół przerwana pieśń

12 grudnia 1981 r. dyżurowałem na chirurgii w szpitalu w Lubartowie. Nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego, gdyby tuż przed północą nagle nie urwał się program telewizyjny. Wtedy jeszcze nie bardzo wiedziałem, dlaczego. Za oknami ścisnął siarczysty mróz, nawet najbardziej trunkowi nie szukali pocieszenia w szpitalu. Trochę jeszcze poczytałem i wyciągnąłem zmęczone nogi na dyżurowej kozetce, pogrążając się w drzemce. Wojna! – usłyszałem nad ranem, szarpnięty za rękaw przez pielęgniarkę. Jako naiwny, zbuntowany 27-latek, ufny bez reszty w siłę 10-milionowej „Solidarności”, szef Komisji Zakładowej Związku, mruknąłem coś pod nosem, przekonany, że to żart. Z sennego marzenia i letargu wyrwał mnie na dobre monotony głos Jaruzelskiego, który czasem jeszcze dziś dzwoni mi w uszach. Wówczas nie analizowałem sytuacji politycznej w tak chłodny sposób, jak to zazwyczaj dziś robimy – połowa rodaków za, połowa przeciw. Mnie ścisnęło za serce i gardło zdeptanie moich aspiracji do bycia wolnym człowiekiem. To uczucie towarzyszyło mi przez wszystkie mroczne lata stanu wojennego. Długo nie mogłem, tak jak tysiące moich rówieśników, sobie z tym poradzić. Nie brakowało chwil zwątpienia.

Dobijały wiadomości o aresztowaniach inteligencji, również lekarzy. Zamykano za wyrażanie antykomunistycznych poglądów, za bibulę, za noszenie opornika w klapie czy znaczka „Solidarności”, za układanie krzyża z kwiatów, udział w manifestacjach, za pomoc udzielaną rodzinom osób aresztowanych. Komunistyczne imperium zła zabrało mojemu pokoleniu entuzjazm najpiękniejszych lat, które mogliśmy ofiarować sobie, naszym bliskim, Polsce i Europie. Jeśli komuś coś dało, niech napisze do nas, podzielimy się na naszych łamach jego doświadczeniami z wszystkimi. Reżim wypędził z Polski i skazał na emigrację blisko milion Polaków, umocnił konformistów i partyjne miernoty, które rozkoszowały się drwiną z inteligencji i wolnej przedsiębiorczości oraz widokiem gasnącej nadziei w spojrzeniach ludzi. Ja sam nie byłem człowiekiem jakiegoś wielkiego czynu, nie drukowałem ulotek po piwnicach, niczym specjalnym nie wyróżniałem się od innych „wykształciuchów”, prócz tego, że nie zgadzałem się na to, by mnie lekceważyć i poniewierać. W 1986 r., z pensją asystenta równowartości 22 dolarów miesięcznie (1 dolar = 600 zł) i pustą skarbonką na oszczędności, wyruszyłem na saksy. Myślałem poważnie o docelowej emigracji w Kanadzie. Wróciłem do Polski i z resztką entuzjazmu w 1989 r. rzuciłem się w pogoń za wolnością.

Być może po latach mitologizujemy rolę „Solidarności” w tworzeniu nowego porządku Europy. Takie jest zbrojeckie prawo tych, którzy kiedyś byli młodzi i gniewni, i ufni w moc swoich ideałów. Przecież każdy w miarę upływu idealizuje swoją przeszłość. Wielu z nas, dzisiaj pięćdziesięciolatków, wspomina, że „kiedyś i dziewczyny były ładniejsze, i życie było wspanialsze, a nawet wódka miała właściwości ozdrowieńcze”.

Nie żałuję, że pozostałem w Polsce. Mnie udało się zostać wolnym człowiekiem. Wolnym od potakiwania miernotom i sławienia chorych ideologii, ale i wolnym od nieustannego narzekania, że wszystko jest niemożliwe, bo i tak ukartowane przez układy. Dziś żyję skromnie, ale szczęśliwie, bo wiem, że moim wnukom będzie jeszcze lepiej niż mnie, jeśli nikt nad ranem zuchwale i bez pardonu nie śmie wyrwać ich z marzeń. Nawet w imię mniejszego zła.

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W NUMERZE

między innymi

Listy	4-5
Okiem Prezesa	5
Petycje w Parlamencie Europejskim	6-7
Uzdrawianie zdrowia	8
Wola pacjenta czy opinia lekarza?	10-11
Google prawdę ci powie?	12-13
Relacje między lekarzami	14-15
Migracja kadry medycznej i pacjentów	16-17
Przychodzi lekarz do prawnika	23
Szkoła krakowska	26-27
Od „ambulatoriów” do lekarza domowego	28-31
Lekarski sport	33-35
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	36-37
Książki nadesłane	38-39
Praca: Konkursy, zatrudnię, szukam	47-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med	61
Biuletyn NRL	

Wszelkiej pomyślności
w Nowym 2007 Roku
życzy redakcja



włącz się! tvn med

Sprawdź program telewizyjny
wewnątrz pisma, na stronie 61

0 801 TVN MED, 0 801 88 66 33, www.tvnmed.pl



Praca?

www.pracagazetalekarska.pl

Pacyfikacja kopalni „Wujek”

„Przeszłość nigdy nie przemija”
William Foulkner

Dwadzieścia pięć lat temu, 16 grudnia 1981 r. doszło do brutalnej pacyfikacji kopalni „Wujek”. Bohaterska postawa górników broniących prawdy, sprawiedliwości, „Solidarności” i Polski została okupiona przelaną krwią i życiem 9 z Nich. To tragiczne w skutkach wydarzenie pozostanie na zawsze ważną datą nie tylko współczesnej historii Polski, ale również ważną datą dla naszego szpitala, Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, dziś noszącego imię prof. Kornela Gibińskiego.

Od września 1980 r. Centralny Szpital Kliniczny ŚAM odgrywał ważną rolę w tworzeniu zrębów niezależności. Tu rodziła się „Solidarność” Śląskiej Akademii Medycznej i regionalnej sekcji służby zdrowia. Nasi pracownicy wyjechali pomagać zakładać niezależne związki górnikom w Jastrzębiu. Ogólny entuzjazm uczestnictwa w przemianach budował więzi międzyludzkie, zaangażowanie i solidarność. Stopniowo ludzie wyzbyli się lęku i coraz powszechniej demonstrowali postawy niezależne. Dla władz komunistycznych i służby bezpieczeństwa Centralny Szpital Kliniczny był z całą pewnością ośrodkiem, który nie budził ich zaufania i był pod szczególnym nadzorem.

Kiedy przyszedł dzień pacyfikacji kopalni „Wujek”, a już poprzedniego dnia użyto broni w trakcie pacyfikacji kopalni „Manifest Lipcowy” w Jastrzębiu, dla przewidywanych rannych władze stanu wojennego wyznaczyły w pierwszej kolejności zmilitaryzowane szpitale – górniczy w Ochojcu i szpital MSW.

Kiedy zorientowaliśmy się, że ranni nie są kierowani do naszego szpitala, adiunkt Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego dr Marek Rudnicki nadał przez radio na częstotliwości, którą posługiwało się pogotowie, oficjalnie brzmiący komunikat, aby od tego momentu wszystkich poszkodowanych kierować do CSK. Kiedy podjechały pierwsze karetki byliśmy już przygotowani i zorganizowani. Wszyscy przydatni do pracy w takiej sytuacji byli w Izbie Przyjęć.

Większość poszkodowanych była zaopatrywana i odsyłana do domu. Spie-

szyliśmy się, ponieważ spodziewaliśmy się, że w każdej chwili dotrą do szpitala oficerowie SB celem identyfikacji strajkujących, a szczególnie kierujących strajkiem.

Do szpitala przyjmowano wyłącznie tych, którzy bezwzględnie musieli być hospitalizowani. Zakładaliśmy im podwójną dokumentację, by nie stało się z nimi tak jak z rannymi w grudniu 1970 r. na Wybrzeżu. Wiedzieliśmy od sanitariuszy i lekarzy, że ranni przywódcy strajkowi i działacze „Solidarności” są wyciągani z karettek pogotowia do transportu własnego MSW, że dochodzi do używania siły wobec kierowców, sanitariuszek i lekarzy.

Kiedy okazało się, że rannych z postrzałami głowy zawieziono zgodnie z poleceniem władz do szpitala w Ochojcu, gdzie nie ma neurochirurgii, pojechali tam dr Jerzy Stasiak i ówczesny adiunkt dr Piotr Bacowski, by ich operować.

W całość podjętych działań zaangażowani byli wszyscy pracownicy szpitala. Wiele osób podjęło również działania, za które groziły trudne do przewidzenia w pierwszych dniach stanu wojennego represje. Wiele koleżanek i kolegów przez kolejne dni z własnego wyboru nie opuszczało szpitala, pozostając w gotowości.

W kolejnych miesiącach i latach szpital stał się jedną z tych placówek służby zdrowia, gdzie nie tylko górnicy „Wujka”, ale również działacze opozycji zawsze mogli liczyć na pomoc. Dzięki solidarnym więziom nieskuteczne były działania i naciski SB.

Warto wspomnieć również o zaangażowaniu w kolejnych latach wielu na-

szych pracowników w organizację pomocy dla szpitala w zakresie zaopatrzenia w leki, sprzęt jednorazowy i aparaturę. Było to nie bez znaczenia dla utrzymania jakości naszych usług i kształcenia.

Ta piękna karta w historii naszego szpitala, to historia wielu wspaniałych postaw większości pracowników – od administracji po profesorów. Postaw, które nie tylko polegały na bardzo dobrym wypełnianiu swoich obowiązków zawodowych, ale postaw, które wiązały się z ryzykiem doznania różnych form represji.

Dzisiaj, po 25 latach już niewiele z Nich pracuje w naszym Szpitalu, ale żyje pamięć postaw godnych i solidarnych, postaw odwołujących się do podstawowych wartości także w czasach próby. Ten list, wspomnienie kieruję nie tyle do tych, którzy byli uczestnikami tamtych wydarzeń – pracownikom administracji, salowych, pielęgniarek i lekarzy, którzy zgodnie z wyznawanymi wartościami czynili swoją powinność. Jako ówczesny dla większości z Nich przewodniczący „S” bardzo im za to dziękuję. Jednak ten list kieruję głównie do wszystkich młodszych pracowników szpitala, by nieśli w sobie etos wypracowany postawami w czasach próby przez swoich starszych kolegów. Wyzbycie się lęku, solidarna postawa w obronie wyznawanych wartości i poczucie własnej godności również i dzisiaj są nieodzowne dla prawidłowego wypełniania obowiązków wobec naszych chorych i kształconych studentów.

Grzegorz Opala

Podwyżki

W związku z szeroko nagłośnionym wzrostem zarobków w ochronie zdrowia pragnę Pana Ministra poinformować o otrzymanych przeze mnie podwyżkach. Z dniem 1.10.2006 r. podniesiono mi wynagrodzenie:

- w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kościanie – o 5,7% (umowa kontraktowa na pełnienie dyżurów lekarskich w Pogotowiu Ratunkowym i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym),
- w „Nowym Szpitalu 2” Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej we Wschowie – o 0% (umowa kontraktowa na dyżury lekarskie w Pogotowiu Ratunkowym i w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym),
- w Szpitalu im. Fr. Raszei w Poznaniu – o 3,33% (umowa o pracę na pełnienie dyżurów lekarskich na Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych),
- w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lesznie – o 0% (umowa o pracę w niepełnym wymiarze w Dziale Higieny Pracy).

Ponadto jestem również kierownikiem Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne CERTUS we Wschowie, który od września br. posiada umowę z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Zielonej Górze na ambulatoryjne usługi specjalistyczne z zakresu Poradni Neurologicznej i Dermatologicznej. Otrzymaliśmy 0% podwyżki wartości kontraktu. Posiadam II stopień specjalizacji z zakresu medycyny pracy oraz specjalizację szczegółową z toksykologii klinicznej. Pracuję w zawodzie lekarza od 15 lat.

Lech Wilczek
Poznań

Okiem Prezesa



Kiedy rozpoczyna się nowy rok, każdy przestaje już patrzeć na to, co było i zaczyna spoglądać przed siebie. Chcąc nie chcąc, liczymy, że Nowy Rok przyniesie nam przynajmniej trochę dobrego. A jak wygląda Nowy Rok 2007?

Od stycznia wchodzi w życie nowa ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z licznymi aktami wykonawczymi. Przepisy te przygotowane w niesamowitym pośpiechu nie budzą entuzjazmu. Nie chcąc jednak zrzędzić zanim zaczęły obowiązywać mam nadzieję, że wystarczy determinacji do szybkiego nowelizowania tego wszystkiego, co w praktyce nie będzie dobrze funkcjonować. Już dziś ogromne wątpliwości budzą na przykład szerokie uprawnienia ratowników medycznych do stosowania procedur (także w zakresie farmakoterapii) dotychczas zdecydowanie zastrzeżonych dla lekarzy, a z drugiej bardzo ograniczona lista specjalności lekarskich dopuszczonych do pracy w ratownictwie. Na pewno korzyścią z ustawy będzie finansowanie ratownictwa z budżetu państwa, choć nie w takim zakresie jak postulowano, np. bez szpitalnych oddziałów ratunkowych, co pozwoli podreperować nieco finanse Narodowego Funduszu Zdrowia, a pośrednio świadczeniodawców.

Skoro mowa o pieniądzach NFZ-u, to wszystko wskazuje na to, że ustawa podwyżkowa (która musi zostać znówelizowana, aby usatysfakcjonować przynajmniej część pominiętych lekarzy i lekarzy dentystów) spowoduje w 2007 roku takie braki, że część świadczeniodawców nie dostanie w ramach kontraktu nawet tego, co miało w ubiegłym roku! Nie pozwoli to nie tylko na poprawę dostępności świadczeń dla pacjentów (skrócenie kolejek), czy też poszerzenie palety świadczeń, ale może doprowadzić do ponownego zadłużania się placówek opieki zdrowotnej i ogromnych kłopotów w realizacji ustawy restrukturyzacyjnej, z konsekwencjami trudnymi do przewidzenia.

Nic nie wskazuje na to, aby w najbliższym czasie miała poprawić się sytuacja młodych lekarzy i lekarzy dentystów. Mimo licznych protestów i formułowania przez samorząd lekarski żądań zmiany obecnej sytuacji, nie zanoszą się na podwyżki dla stażystów i rezydentów, liczbę rezydentur zmniejszono do poniżej połowy potrzeb, nie słychać o urlopach na kształcenie czy możliwości odliczania kosztów kształcenia od podstawy opodatkowania. Gorzką prawdą w tym zakresie jest także to, że masowe poparcie inicjatyw Naczelnej Rady Lekarskiej w postaci podpisywania zbiorowych petycji nie jest mocną stroną naszego środowiska.

Wprawdzie podwyżki wynagrodzeń stały się dla większości faktem, to jednak także faktem jest to, że ciągle daleko nam do zrealizowania żądań płacowych ostatniego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Nadal także brakuje sporo podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o minimalnych wynagrodzeniach lekarskich! Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy nawołuje do podjęcia przygotowań do strajku. Co z tego będzie, zobaczymy. Dobrą wiadomością jest jednoznaczna interpretacja ministra finansów uzyskana przez prezesa NRL w sprawie nowelizacji ustawy o PIT – lekarskie kontrakty są legalne i nie potrzeba ich zmieniać! Także przygotowywana nowelizacja regulacji dotyczących czasu pracy lekarzy, dostosowująca nasze prawo do unijnego, nie tylko idzie w kierunku przez nas oczekiwanym, ale stwarza także zupełnie nowe możliwości negocjowania nowych zasad i stawek dyżurowych w ramach tak zwanej klauzuli „opt-out”.

Coraz więcej pojawia się tanich lub bezpłatnych ofert w zakresie ustawicznego kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów: liczne okręgowe izby lekarskie wykorzystując własne możliwości i środki unijne oferują wiele kursów, Naczelna Izba Lekarska przygotowuje się do uruchomienia edukacyjnej platformy internetowej, pełną parą działa kodowana telewizja edukacyjna dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W ostatnich dniach pojawiła się nowa możliwość korzystania z systematycznych przeglądów piśmiennictwa medycznego w postaci sfinansowanego przez Ministerstwo Zdrowia bezpłatnego dostępu do internetowej biblioteki Cochrane’a (poprzez stronę Agencji Oceny Technologii Medycznych: www.aotm.gov.pl/login/baza.php).

Petycje w Parlamencie Europejskim

Cezary Lewanowicz

Każdy mieszkaniec Unii Europejskiej ma od 1993 r. prawo złożyć w Parlamencie Europejskim petycję w sprawie mieszczącej się w kompetencjach Unii Europejskiej.

Liczba składanych petycji stale wzrasta. W ubiegłym roku złożono 1032; średnio 90 miesięcznie. W latach 1994-99 pod złożonymi w Parlamencie petycjami podpisało się 10 milionów ludzi. Czemu to robią? Bo przynosi to skutki, jak na przykład w przypadku petycji dotyczących stwardnienia rozsianego.

Wszystkie składane w Parlamencie petycje w formie opinii, wniosku lub skargi trafiają do specjalnej komisji parlamentarnej. To ona decyduje, jaki bieg zostanie nadany sprawie. Komisja spotyka się regularnie i omawia poszczególne skargi i wnioski. Parlament, jeżeli uzna to za właściwe, zgłasza problem do odpowiedniej instytucji, najczęściej do Komisji Europejskiej, która zobowiązana jest wówczas zająć się nim niezwłocznie, lub do stałego przedstawicielstwa państwa, którego dotyczy skarga. Czasami, zwłaszcza gdy sprawa ma znaczenie dla wielu obywateli i nie ma charakteru jednostkowej interwencji, Parlament dokonuje własnej pogłębionej analizy sytuacji, czyni z niej punkt debaty plenarnej, występuje do Komisji o przygotowanie planu działań lub projektu aktu prawnego.

Złożenie petycji w Parlamencie może pomóc w zwróceniu uwagi władz i opinii publicznej na ważne, wymagające interwencji sprawy.

Czego dotyczą petycje

Komisja do spraw petycji rozpatrzy między innymi wnioski dotyczące praw pracowniczych w przemyśle tytoniowym, budowy portu w rejonie Granadilla na Teneryfie, ochrony morskich żółwi *Caretta caretta* w Grecji. Wiele z petycji dotyczy kwestii ogólnych (śro-

dowiska, swobody przepływu osób) i składanych jest przez stowarzyszenia i inne organizacje. Osoby prywatne domagają się w petycjach interwencji w konkretnych, dotyczących ich bezpośrednio sprawach.

Przykładem niech będą dwie petycje złożone ostatnio przez chorych na stwardnienie rozsiane. Mówiono o nich 21 listopada podczas konferencji poświęconej tej chorobie.

Konferencja została zorganizowana w Parlamencie Europejskim przez Europejską Platformę ds. Stwardnienia Rozsianego i przez komisję parlamentarną ds. petycji. Pierwsza z petycji dotyczyła dostępu chorych do lekarstwa, które nie zostało jeszcze oficjalnie dopuszczone na rynek w Unii Europejskiej. Na szczęście na kilka dni przed rozpatrzeniem skargi przez parlamentarną komisję ds. petycji lek został wpisany na listę specyfików dopuszczonych do obrotu, poselska interwencja nie była więc potrzebna.

Na posiedzeniu komisji 21 listopada rozpatrzono też drugą petycję poświęconą tej samej chorobie. Złożył ją chory na stwardnienie rozsiane obywatel Grecji skarżąc się, że w przyznanych mu uprawnieniach emerytalnych nie uwzględniono kosztów leczenia. Czy Europejski Fundusz Społeczny (EFS) mógłby być źródłem środków niezbędnych do zasilenia rent i emerytur wypłacanych osobom dotkniętym tym schorzeniem?

Stwardnienie rozsiane – przypadek szczególny

Komisja Europejska poinformowała posłów, że opracuje strategię działania w tego rodzaju przypadkach. Będzie

ona obejmowała również inne przypadki schorzeń i niepełnosprawności. Możliwość wykorzystania EFS powinna być jednym z najważniejszych elementów analizy sytuacji.

Przewodniczący komisji ds. petycji, Marcin Libicki, członek klubu poselskiego Unia na rzecz Europy Narodów, nadał greckiej petycji urzędowy bieg. Zapowiedział, że zaprosi do Parlamentu przedstawicieli Komisji Europejskiej i niemieckiej Prezydencji (Niemcy obejmą przewodnictwo w Unii Europejskiej w pierwszej połowie 2007 r.), żeby publicznie przedstawili zapowiadany plan działania.

Brytyjski socjalista Michael Cashman jest zwolennikiem zdecydowanego politycznego działania w tej sprawie. Opóźnienia w opracowaniu i wprowadzeniu strategii zmierzającej do poprawy bytu osób chorych na stwardnienie rozsiane są, jego zdaniem, niezrozumiałe. „Nawet na stworzenie arcydzieła potrzeba mniej czasu” – oświadczył i zaproponował wyznaczenie posła, który byłby odpowiedzialny za monitoring działań podejmowanych w tej sprawie przez unijne instytucje w ciągu dwóch i pół roku, które zostały jeszcze do końca parlamentarnej kadencji. Jego zdaniem chorzy mają po prostu prawo do lepszej opieki.

Inny Brytyjczyk, konserwatysta, lord Atkins wzywał jednak do wstrzemięźliwości. „Łatwo jest tu przyjść i publicznie wyrazić swoją troskę, tyle że czyniąc to rozbudzamy oczekiwania”. Lepiej, jego zdaniem, postępować ze spokojem, „nie składając niejasnych obietnic, których nie będziemy w stanie spełnić”.

Kodeks dobrych praktyk – wciąż w fazie projektu

W UE mieszka ponad pół miliona osób chorych na stwardnienie rozsiane. Ale liczba tych, którzy na co dzień borykają się z problemami wywołanymi tą chorobą, jest znacznie wyższa, bo obejmuje również ich rodziny i bliskich.

Choroba rozpoczyna się najczęściej pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Objawy (problemy z widzeniem, niezdolność ruchów, kurczowy niedowład kończyn, zaburzenia mowy, osłabienie rąk, zaburzenia podstawowych funkcji fizjologicznych, niestabilność emocjonalna i psychiczna) nasilają się okresowo prowadząc stopniowo do coraz cięższego inwalidztwa. Dla chorego, ale również osób z jego najbliższego otoczenia największym wyzwaniem jest nauczenie się jak z chorobą żyć.

Parlament Europejski wielokrotnie już rozpatrywał petycje związane z tą chorobą. Jedna z nich, złożona w 2001 r. przez Brytyjczyka chorego na stwardnienie rozsiane, dotyczyła różnic w opiece i leczeniu stosowanym w poszczególnych krajach UE. Petycja zaowocowała rezolucją, którego projekt napisała Uma Aaltonen, obecnie przewodnicząca Europejskiej Platformy ds. Stwardnienia Rozsianego. Rezolucja została przyjęta przez Parlament w 2003 r.

Jej głównym zadaniem było zwrócenie uwagi Komisji Europejskiej i państw członkowskich na przypadki dyskryminacji chorych na stwardnienie rozsiane w Unii Europejskiej i doprowadzenie do powstania planu konkretnych działań mających sytuację poprawić. Rezolucja zawierała też propozycję stworzenia kodeksu dobrych praktyk, czyli zbioru zaleceń i przykładów sprawdzonych rozwiązań stosowanych w niektórych państwach, które powinny wyznaczyć standardy postępowania. Dopiero 21 listopada przedstawiony został projekt takiego kodeksu.

Jego przyjęcie w państwach członkowskich na pewno poprawiłoby jakość życia osób chorych i ich bliskich.

Autor jest attache prasowym w Parlamencie Europejskim

Uzdrawianie zdrowia

Anna Augustowska

Na szarym końcu Europy – 21 miejsce na 26 możliwych – znalazła się Polska w Europejskim Indeksie Konsumentów, przygotowanym przez belgijski Health Consumer Powerhouse. Szczególnie słabo oceniano w Polsce dostęp do informacji medycznej i nowoczesnej farmakoterapii.

Podobne wnioski płyną z najnowszego „Raportu o ochronie zdrowia w Polsce”, opublikowanego 5 grudnia 2006 r. przez Instytut Globalizacji.

Oba badania dają dość ponury obraz polskiej służby zdrowia, która na tle innych krajów europejskich wypada bardzo błado imponując długą listą słabych stron: niskie zarobki pracowników służby zdrowia, powszechna opinia o korupcji lekarzy, ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych, wysoki poziom zakażeń wewnątrzszpitalnych, zbyt niskie ceny i stawki za świadczenia zdrowotne, zdekapitalizowana baza medyczna, brak środków na inwestycje, wysokie zadłużenie jednostek itd. itd.

O tych problemach, a także o szansach na ich rozwiązanie mówiono w warszawskim Instytucie Globalizacji. W spotkaniu uczestniczyli autorzy raportu – z wyjątkiem Andrzeja Sośnierz, który nie mógł przybyć – Andrzej Misiński, Adam Kozierkiewicz i Tomasz Teluk.

– Połowa Polaków jest niezadowolona z publicznej ochrony zdrowia, a 60 proc. naszych rodaków narzeka na gorszy niż w innych krajach Europy dostęp do nowoczesnych form leczenia – relacjonował wyniki badań przeprowadzonych dla Instytutu Globalizacji przez TNS OBOP jego dyrektor Tomasz Teluk.

W badaniu Health Consumer Powerhouse brali udział pacjenci, którzy oceniali dostęp do informacji medycznej, czas oczekiwania na usługi medyczne, dostęp do nowoczesnej farmakoterapii, a także prawo do drugiej opinii lekarskiej, możliwość kontaktowania się z lekarzem w dowolnym czasie w razie potrzeby i to czy zdanie samego chorego jest brane pod uwagę w procesie leczenia. Oceniali także długość czekania na zabieg lub wizytę u lekarza; dostępność do szczepień i operacji, wreszcie szybkość rejestracji nowych leków i zdolność do ich nabycia.

Niemal we wszystkich tych parametrach polska służba zdrowia uzyskuje ocenę negatywną: dostęp do specjalisty wymaga wielu biurokratycznych zabiegów, dostęp do drugiej opinii lekarza nie jest łatwy, do kart choroby – ograniczony, a kontakt z lekarzem – utrudniony. Na ponad 50 proc. operacji onkologicznych czeka się w Polsce dłużej niż 21 dni a na wszczepienie bypassów – ponad 90 dni. Taka sytuacja to jawne wystawianie na szwank życia pacjentów, uważali uczestnicy badań.

W czasie dyskusji jaka towarzyszyła spotkaniu dziennikarzy z autorami raportu o ochronie zdrowia w Polsce zastanawiano się co zrobić, aby nowoczesna opieka medyczna była dostępna dla pacjentów.

Wojciech Misiński z Centrum im. Adama Smitha i Andrzej Sośnierz, szef NFZ uważają, że sytuację poprawić może „bon zdrowotny”. – Wprowadzenie bonu uruchomi wiele mechanizmów, które pozwolą na wdrożenie narzędzi umożliwiających poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych. Stanie się to dzięki lepszej ścieżalności i podziale składki zdrowotnej. Tę procedurę uprości właśnie bon zdrowotny – mówił Misiński, który jest też za wprowadzeniem konkurencji między ubezpieczycielami i świadczeniodawcami.

Adam Kozierkiewicz z Instytutu Zdrowia Publicznego UJ uważa z kolei, że drobne dopłaty do niektórych badań czy wizyt u lekarzy specjalistów jakie wnosiliby chorzy – ok. 8-10 zł – sprawią, że będzie mniej nadużyć, a więcej pieniędzy trafi np. na leczenie onkologiczne.

Raport można znaleźć na stronie
www.globalizacja.org

REKLAMA

REKLAMA

Wola pacjenta czy opinia lekarza?

Anna Kaczmarek

Człowieka w pełni sprawnego umysłowo nie można leczyć na siłę. Jeżeli sprzeciwia się, nie należy przetaczać mu krwi czy wykonywać operacji, nawet jeżeli spowoduje to jego śmierć. W przeciwnym razie działanie lekarza nie będzie zgodne z prawem. Można powiedzieć, że prawo jest bezduszne, bo jak lekarz, który składał przysięgę Hipokratesa, ma pozwolić, żeby ktoś umierał na własne życzenie? Niektórzy powiedzą, że jest to zgoda na eutanazję, pogwałcenie wszelkich zasad humanizmu.

Nic bardziej mylnego. Uszanowanie woli pacjenta nie ma nic wspólnego z eutanazją (lekarz nie pomaga choremu umrzeć), często jest bardziej humanitarne niż leczenie „na siłę”. Niestety, instrument, jakim jest wola pacjenta, ma też swoje wady – pacjent ma mgliste pojęcie o medycynie.

Prof. Krzysztof Bielecki ma wątpliwości czy pacjent rzeczywiście może całkiem świadomie decydować o swoim leczeniu. „Tylko 30 proc. pacjentów rozumie to, co mówi do niego lekarz” – stwierdził podczas IX Forum Prawniczo-Medycznego, które odbywało się w grudniu ub.r. w Warszawie.

Takich wątpliwości nie ma za to wybitny prawnik prof. Andrzej Zoll. Uważa, że pozbawienie pacjenta prawa decydowania o sobie prowadzi do totalitaryzmu. Jego zdaniem inaczej należy postępować w przypadku dzieci. Według profesora władza rodziców, czyli prawnych opiekunów dziecka nie sięga aż tak daleko, żeby decydować o życiu lub śmierci ich podopiecznego. Co w przypadku dzieci może zrobić lekarz, który słyszy od rodziców, że nie zgadzają się na zabieg ratujący życie? Może wystąpić do sądu opiekuńczego o zgodę. W ten sposób postąpił prof. Tadeusz Szreter z Centrum Zdrowia Dziecka.

Podczas Forum stwierdził, że zrobił to tylko raz. Wystąpił do sądu o zgodę na przetoczenie krwi noworodkowi, którego rodzice byli Świadkami Jehowy i nie zgadzali się na ten zabieg ze względu na swój światopogląd. Profesor przetoczył krew i uratował dziecku życie. Po-

stąpił szlachetnie. Problem pojawił się później. Rodzice nie odebrali dziecka ze szpitala. Prof. Szreter uważa, że w każdej placówce trzeba stworzyć procedury postępowania w przypadku leczenia Świadków Jehowy.

Jego zdaniem należy przeszkolić anesteziologów i chirurgów, a oddziały intensywnej opieki medycznej i anesteziologii muszą być informowane nawet o samym przyjęciu do placówki osób tego wyznania. Rozmowa przedoperacyjna z takim pacjentem powinna odbywać się bez udziału członków rodziny czy wspólnoty wyznaniowej, a brak akceptacji co do form leczenia musi być sporządzony na piśmie i podpisany przez leczonego. Zdaniem profesora leczenie operacyjne Świadków Jehowy jest możliwe z zachowaniem zasad przez nich wyznawanych. Jednak, żeby móc je stosować, lekarz musi być przeszkolony i posiadać odpowiedni sprzęt. Jeżeli te wymagania nie są spełnione, to trzeba pacjenta odesłać do odpowiedniego ośrodka, który jest w stanie sprostać takim wymaganiom. Anesteziolog zawsze może odmówić leczenia, trzeba wtedy skierować pacjenta do innego specjalisty.

Prof. Krzysztof Bielecki stwierdził podczas obrad Forum, że w obecnym stanie prawnym nikt nie chce leczyć Świadków Jehowy.

Problem ten ujawnił się po wyroku Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. w sprawie transfuzji krwi u nieprzytomnego Świadka Jehowy.

Zdaniem prof. Zolla Sąd Najwyższy stanął przed trudnym zadaniem określenia, co jest ważniejsze: wola pacjen-

ta czy opinia lekarza, w kwestii tego, co dla pacjenta jest najlepsze. Sprawa miała następujący przebieg: w wypadku komunikacyjnym zginął mąż, żona nieprzytomna została odwieziona do szpitala, była konieczna transfuzja krwi. Lekarze znaleźli przy pacjentce oświadczenie, że nie zgadza się na przetoczenie krwi, prosi o alternatywne metody leczenia. Lekarze chcąc ratować życie kobiety, wystąpili do Sądu Rejonowego o zgodę na transfuzję. Sąd Rejonowy stanął na stanowisku, że życie jest ważniejsze niż światopogląd i wydał taką zgodę. Terapia okazała się skuteczna, pacjentka została wyleczona. Kobieta złożyła apelację od wyroku Sądu Rejonowego. Sąd Okręgowy uchylił orzeczenie niższej instancji, ale umorzył sprawę, ponieważ problem przestał być aktualny, pacjentka nie potrzebowała już transfuzji. Wówczas pacjentka złożyła kasację do Sądu Najwyższego, który uchylił wyrok Sądu Okręgowego. Zdaniem prof. Zolla stanowisko Sądu Rejonowego, który zezwolił na transfuzję, było nieuprawnione. Jednak lekarz działał na podstawie orzeczenia sądu, dlatego trudno w tym przypadku dopatrywać się jego winy. Placówka może jednak odpowiadać za przeprowadzenie transfuzji na drodze cywilnej.

Istnieje jeszcze jeden aspekt tej sprawy dotyczący oświadczenia woli. Bohaterka opisanego przypadku spisała oświadczenie woli pół roku przed wypadkiem. Prawnicy nie są do końca zgodni, czy jest ono ważne. Przecież przez pół roku pacjentka mogła zmienić zdanie. Mogła wycofać się z niego w chwili zagroże-

nia życia, a ponieważ była nieprzytomna, lekarze nie mogli zapytać o jej wolę. Profesor stoi jednak na stanowisku, że wola pacjenta jest najważniejsza, a lekarze nie stosując się do niej staliby się funkcjonariuszami państwowymi podejmującymi decyzję o życiu lub śmierci jednostki.

Podczas Forum lekarz – Świadek Jehowy zadał pytanie: czy jeżeli on swoje oświadczenie woli nosi na szyi, czyli zakłada je codziennie rano, to będzie ono uznane za aktualne. Zdaniem prof. Mariana Filara takie oświadczenie należy uznać za aktualne. Profesor podkreślał, że odmowa leczenia powinna być sporządzona na piśmie i podpisana przez chorego. Wtedy lekarz nie będzie miał (np. w razie sprawy sądowej wytoczonej przez rodzinę pacjenta) problemu z udowodnieniem, że pacjent sprze-

Czy pacjent w pełni sprawny umysłowo może decydować o swoim życiu lub śmierci?

ciwał się terapii. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny i nie ma przy sobie żadnego oświadczenia woli, to lekarz powinien zastosować takie leczenie, które według niego jest najlepsze.

Problem braku zgody na leczenie dotyczy nie tylko Świadców Jehowy. Jest dużo bardziej powszechny. Codziennie wielu lekarzy zadaje sobie pytanie, czy reanimować schorowaną dziewięćdziesięciolatkę, pacjenta w ostatnim stadium choroby nowotworowej czy noworodka, który ma nikłe szanse na przeżycie, i to w dużym stopniu niepełnosprawności.

Wielu położników zastanawia się czy ratować matkę czy dziecko, a może zdecydować o wcześniejszym porodzie. Prof. Krzysztof Czajkowski z Kliniki Ginekologii i Położnictwa PSK nr 2 w Warszawie stwierdził podczas Forum, że dokonywanie wyboru pomiędzy życiem dziecka a życiem matki zdarza się na szczęście rzadko. Dodał, że położnicy często decydują o przedwczesnym porodzie pacjentki z zagrożoną ciążą, a przecież należy pamiętać, że to często powoduje później negatywne skutki dla matki dziecka. Bywa, że noworodek jest chory, wymaga profesjonalnej opieki. Dlatego należy bardzo ostroż-

nie podejmować decyzję o wcześniejszym porodzie.

Poważny problem to również terminacja ciąży ze względu na wady wrodzone płodu. Prof. Czajkowski przybliżył przypadek kobiety, która pomimo że wiedziała o tym, iż jej dziecko nie jest w stanie żyć po urodzeniu, zdecydowała się na donoszenie ciąży. Taka była jej wola. Lekarze nie sprzeciwili się. Gdyby postąpili inaczej, prawdopodobnie zostaliby bohaterami pierwszych stron gazet.

W ginekologii nie brakuje też problemów nie związanych z prowadzeniem ciąży. Prof. Czajkowski przedstawił przypadek 32-letniej pacjentki z guzem jajnika, podejrzanym onkologicznie. Kobieta nie zgodziła się na laparotomię, zażądała wykonania zabiegu metodą laparoskopową. Zrobiono zgodnie z jej życzeniem. Niestety, okazało się, że pacjentka ma nowotwór. W wyniku tak przeprowadzonego zabiegu doszło do gwałtownego rozsiewu nowotworu. Pacjentka zmarła. Profesor uważa jednak, że lekarz nie może decydować za pacjenta – „jest jego doradcą zdrowotnym, a nie właścicielem”.

Czy pacjent w pełni sprawny umysłowo może decydować o swoim życiu lub śmierci?

Zdaniem Pawła Andruszkiewicza przedłużanie życia za wszelką cenę nie zawsze jest równoznaczne z dobrem pacjenta, nawet Kościół katolicki uważa, że należy łagodzić cierpienie, a nie przedłużać życia chorego za wszelką cenę. Jednak lekarze boją się odpowiedzialności karnej za niepodejmowanie resuscytacji. Zdarzało się, że pozorowano ratowanie chorego, żeby uniknąć takiej odpowiedzialności.

Zdaniem prof. Tadeusza Tołłoczki najważniejsze jest lekarskie sumienie, wyroki sądów będą się zmieniać. Uważa on, że problemy moralne wynikają często z braku pieniędzy na ochronę zdrowia.

Czy lekarz powinien postępować zgodnie ze swoim sumieniem, czy powinien brać pod uwagę wolę pacjenta? Wydaje się, że jest to spór pomiędzy prawnikami a lekarzami. Chociaż prof. Marian Filar stwierdził, że lekarz nie stoi na straży wolności, tylko na straży naszego zdrowia, a i tak w końcu stanie nad łóżkiem prawnika, to jednak lekarze coraz częściej przestają korzystać z rady swojego sumienia i zaglądną do kodeksów. Niestety, nie znajdują w nich odpowiedzi na większość swoich pytań.

Google prawdę ci powie?



Krystyna Knypl

Gdy w dawnych czasach ktoś chciał poznać trudno dostępne wiadomości, udawał się do osoby biegłej w sztuce stawiania kart i dowiadywał się nie tylko tego, kto czeka nań osławioną wieczorową porą, ale także *co było, co jest i co być musi*, jak głosiła formuła kabały, niewolna od marketingowych sformułowań.

Nie posługiwano się tam mało przekonującym sformułowaniem *co będzie*, lecz zdecydowanym i działającym na wyobraźnię *co być musi*. Dziś jedynie wróżka może pokusić się o odpowiedź na *co będzie* w ochronie zdrowia w nadchodzącej przyszłości, bo na pytanie *co być musi* wypowiadało się niefortunnie już zbyt wiele osób. Na razie nie widać wśród nich tych, którzy chcieliby wziąć się za rzetelną naprawę systemu ochrony zdrowia. Nie mają w tym interesu?

Zrobić interes

Interes można zrobić praktycznie na wszystkim. W Polsce nieźle idą interesy polegające na rzucaniu podejrzeń i nieuzasadnionych pomówień, a idealnym obiektem i celem do tego służącym jest lekarz. To ewenement na skalę światową, w całym bowiem cywilizowanym i niecywilizowanym świecie każdy kto leczy innych cieszy się należnym mu szacunkiem. Niekoniecznie trzeba mieć dyplom lekarza, aby cieszyć się respektem współobywateli – jak wiadomo każdy szaman jest powszechnie ceniony przez współplemięńców jak kula ziemską długa i szeroka. Oczywiście od każdej reguły są wyjątki, a w kwestii szacunku dla przedstawicieli zawodu dbającego o zdrowie innych takim niechlubnym wyjątkiem jest właśnie Polska.

Prognozuję jednak koniec prosperity dla aktywności typu *Plucie & Trucie*, już bowiem tak dalece nas sponiewierano i opluto, że chyba nie da się więcej w tej materii osiągnąć. Marzy mi się, aby ktoś wpadł na pomysł zrobienia interesu na korygowaniu opinii i przywracaniu należnego nam miejsca w hierarchii społecznej. Teżę, że istnieje u nas kuriozalne postrzeganie zawodu lekarza jestem w stanie udowodnić

zgodnie z wszelkimi regułami, dostarczając zarówno dowodów realnych, jak i wirtualnych. Oto one.

Pewnego wieczoru usłyszałam w telewizji wiadomość zaczynającą się od słów: „Pijany lekarz wygrażał innym użytkownikom drogi...” Pomyślałam, że skoro dla bezpieczeństwa użytkownika dróg publicznych ważny jest zawód kierowcy i jego usytuowanie w systemie ochrony zdrowia, to będzie przejawem rzetelności dziennikarskiej redagowanie news’ów przy opisie innego zdarzenia drogowego w następujący sposób: „Pijany pacjent wykonujący zawód kominiarza wygrażał innym użytkownikom drogi...”

Jest w najwyższym stopniu naganne i groźne siadanie za kierownicę po wypiciu alkoholu, ale nie jest to oczywiście przypisany wyłącznie naszemu zawodowi. Skoro posiadanie dyplomu lekarza ma znaczenie dla zredagowania wiadomości, to nie widzę powodu, aby posiadanie innych dyplomów i zawodów miało być traktowane przed redaktorów i wydawców po macoszemu. Tymczasem przedstawiciele pozostałych zawodów zażywają daleko idącej tolerancji i nieczym nie umotywowanej dyskrecji.

Kto był pijany na izbie przyjęć?

Nietrudno wpaść w tryby maszyny opluwającej, wystarczy – jak mówi fatalistyczna teoria – znaleźć się w niewłaściwym miejscu w niewłaściwym czasie. Oto przykład z życia, czyli z mediów wzięty: pewien pacjent zgłasza się na izbę przyjęć, ale mimo trapiącej go dolegliwości jest aktywnym uczestnikiem rzeczywistości, usilnie ulepsza ją, nie bacząc na dolegliwości wymagające interwencji na ostrym dyżurze, a spostrzeżeniami dzieli się chętnie z prasą: „Potrzebowałem pomocy laryn-

gologa... do drzwi dobijałem się kilkanaście minut... od pracownika, który mi otworzył było czuć alkohol... wezwałem policję... policjanci niewiele wskórali, bo pijanego pracownika już nie było”.

Do akcji pościgowej następnego dnia rano ruszył dyrektor medyczny opisywanej placówki i także zwierzył się prasie ze swych osiągnięć w dziedzinie zarządzania podległym personelem: „... zbadaliśmy alkomatem lekarza i pielęgniarki, którzy dyżurowali w nocy. Byli trzeźwi. Od firmy zatrudniającej pracownika, który otwierał drzwi zażądaliśmy wyjaśnień na piśmie”. Zaintrygował mnie ten dociekliwy menedżer medyczny, który nie spoczął na laurach, lecz ruszył w pościg niczym chart wytresowany w umiejętności tropienia zakazanych zapachów. Że musiał dmuchać w alkomat nie ten, co pił? Że fakty się nie zgadzały z dyrektorskimi dyspozycjami? Tym gorzej dla faktów – powiada znana teoria.

Jak wiadomo laryngologia jest nauką o chorobach uszu, gardła i nosa. Można metodą dedukcji postawić hipotezę, że spieszący na ostry dyżur po pomoc laryngologiczną pacjent nos miał zdrowy i trafnie ustalił status alkoholowy pracownika firmy zewnętrznej. Co i komu chciał udowodnić dyrektor medyczny? Może na stanowisku menedżerskim rzadko bada pacjentów i chciał kogoś „przebadać”, więc zainspirowany prasowymi lekturami rzucił się na badanie alkomatem pielęgniarki i kolegi lekarza. Jest news! – powie sobie dziennikarz po wysłuchaniu zwierzeń pracownego dyrektora medycznego, o *news’ie* marzy bowiem całodobowo każdy redaktor i wydawca tabloidu. Czy dziwny będzie w takiej sytuacji prasowy tytuł – Czy lekarz był pijany? Czytelnik czego nie doczyta, to sobie do-

śpiewa, np. wpasowując natrętne słowa do znanego refrenu: *...ten lekarz pił już dziś i jest wstawiony...*

Alkohol i medycyna

Informacja o spożywaniu alkoholu przez lekarzy w miejscu pracy obiega więc wartko łamy prasy i diabelski młyn się kręci. Na ile zjawisko jest w istocie częste? Wrzuciłam w google dwa hasła „pijany lekarz” i „drunk doctor”. Jakież było moje zdumienie, gdy przeczytałam na ekranie, że zasoby internetowe to 25 900 dokumentów o pijanym lekarzu w języku polskim i ledwie 518 dokumentów o wszystkich nietrzeźwych doktorach z całego anglojęzycznego świata! Zwrot „pijany poseł” jest udokumentowany w 4650 opisach, a „pijany dziennikarz” zaledwie w 40 przypadkach doczekał się dokumentacji prasowej.

Moja wiara w google zachwiała się poważnie – czyżby nasz świat medialny składał się tylko z nietrzeźwych polskich lekarzy? Co prawda zwrot „pijany kierowca” przywołuje 131 tys. dokumentów, ale wydało mi się to odkrycie marną pociechą. Kierowców w Polsce mamy pewnie parę milionów, a doczekali się ledwie pięć razy więcej publikacji prasowych niż 70 tys. praktykują-

cych lekarzy. Oczywiście pamiętam, że jest nas 150 tys.

Swoją drogą, ciekawe czy istnieje drugi kraj na świecie, gdzie ledwie połowa absolwentów wydziałów lekarskich ma determinację zajmować się medycyną praktyczną? Im dłużej pracuję jako lekarz praktyk, tym więcej zrozumienia mam dla kolegów od praktyki medycznej stroniących. Niełatwo bowiem uprawiać medycynę praktyczną w świecie, którego prozę postarałam się oddać wierszem:

*Zawsze pamiętaj o cudzym powołaniu,
O własnych tabletkach niekoniecznie.*

To jasne, że będą żyli długo,

A może nawet wiecznie.

No chyba że doktor się pomyli,

Bo oni niekoniecznie.

Jacy więc jesteśmy? Czy istotnie jesteśmy grupą zawodową niezwykle często trapiącą przez chorobę alkoholową? bo w końcu jeżeli ktoś nie może się opanować w kwestii spożycia alkoholu, to oznacza, że jest uzależniony, ergo chory.

Lew Tołstoj powiedział: *Kiedy pijany lekarz leży na kanapie, a za oknem pada deszcz, to wedle Czechowa jest to sztuka, a wedle Stanisławskiego nastrój. Po mojemu to paskudna nuda i leżąc na kanapie, żadnej akcji dramatycznej nie wyleżysz.*

Lew Tołstoj w cytowanej wypowiedzi pomylił się – pijany lekarz może być źródłem dramatu. Każdy, kogo nawiedza myśl o wypiciu alkoholu podczas pracy, powinien o tym pamiętać.

Jak więc należy traktować frazę *pijany lekarz*, tak często goszczącą na łamach polskiej prasy – jako smutny opis rzeczywistości? jako nagonkę na nas? jako kłamliwe kreowanie polskich lekarzy na osoby upadłe?

Jeśli taka jest rzeczywistość, to osoby dotknięte chorobą alkoholową powinny poddać się leczeniu, jeżeli to nagonka – brońmy się! bo oznaczałoby to wyjątkowo wredne niszczenie naszego wizerunku. Świadomość problemu i wiedza o tym, jaki jest stan faktyczny jest potrzebna wszystkim: uzależnionym od alkoholu – do tego, aby mogli rozpocząć skuteczną kurację, pijącym towarzysko podczas pracy – aby dotarło do nich, że postępują niebezpiecznie i lekkomyślnie, a wszystkim innym przedstawicielom naszego zawodu, których spożywanie alkoholu w pracy nie dotyczy – po prostu ku pochrzepieniu serc.

Czekam jak zawsze na listy od Kolegów, tym razem słowa kluczowe do dyskusji to „alkohol” i „medycyna”.

krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Recepta przedstawiona w numerze grudniowym GL wystawiona była na **xanax** i znakomita większość Kolegów nadesłała prawidłową odpowiedź, choć były też głosy, że jest to ecomer, lorafen czy zovirax. Po raz kolejny widzimy, że wyraźne pisanie recepty jest ważne.

Zanim jednak napiszemy receptę musimy postawić rozpoznanie. Proces diagnozowania i zapisywania wniosków końcowych nastręcza nam nierazko trudności – nie tylko merytoryczno-medycznych. Trudności mogą też dotyczyć samej kwestii zredagowania rozpoznania. Na ten aspekt zwrócił uwagę jeden z kolegów przytaczając rozpoznanie z jakim pacjent trafił do oddziału chirurgicznego: „*Traumata capitis – kołkiem*”:-).

Wszyscy pamiętamy słynne „*Anastomosis end-to-end*”. Jeśli zetknęli się Koledzy z innymi rozpoznaniem napisanymi w podobnym duchu prosimy o nadsyłanie ich do Redakcji.

Laureatką drugiej edycji konkursu zostaje dr **Anna Jazińska-Curyłło**. Gratulujemy!

Dziękujemy wszystkim uczestnikom i zapraszamy do nadsyłania rozwiązań recepty zamieszczonej w bieżącym numerze.

Re. Op. Symptomatologia	Opłata pacjenta	Dopłata
Placuk:		
<i>Imunol</i>		
<i>4 L</i>		
<i>1.2-2-2</i>		
<i>Metoprolol</i>		
<i>4</i>		
<i>Pijm. Jan</i>		
Kwota DOPŁATY słownie:	<i>100</i>	<i>100</i>

Relacje między lekarzami

Romuald Krajewski



Pewnie kiedyś przeczytamy o „wrocławskich dniach etyki”, tymczasem odbywają się tam regularnie konferencje poświęcone różnym aspektom wykonywania zawodu lekarza.

foto. Marek Stankiewicz

Grudniowe spotkanie poświęcono relacjom między lekarzami i próbie odpowiedzi na pytania o solidarność korporacyjną i jej granice, o rywalizację i współpracę pomiędzy lekarzami, o potrzebę istnienia kodeksów etyki lekarskiej, o źródła konfliktów itp.

Zakres problemów był szeroki, wykładowcy jeszcze go poszerzyli, a w drugiej części poświęconej odpowiedziom na pytania i dyskusji doszły problemy już dość luźno związane z tytułem konferencji. Nie zaszkodziło to jednak jakości. Większość uczestników była bardzo zadowolona, a następna konferencja zapewne zgromadzi jeszcze więcej zainteresowanych.

Chyba każdy wykład nadawałby się na odrębny artykuł. Mam nadzieję, że tak się stanie i w kolejnych numerach „Gazety Lekarskiej” będziemy mogli poznać szczegółowo poglądy przynajmniej większości wykładowców. Zaletą konferencji była różnorodność poglądów, która oczywiście bardzo utrudnia napisanie podsumowania.

Już bardzo dawno zauważono występowanie pomiędzy lekarzami problemów i ujęto je w znany powiedzeniu „*medicus medico lupissimus est*” – stwierdziła dr Wiesława Dec. Jest ono dziwne w odniesieniu do grupy ludzi wykształconych, z założenia będących humanistami i przynajmniej w deklaracjach zobowiązujących się do wzajemnej pomocy. Dlatego warto dyskutować, dlaczego problemy występują i zastanawiać się, jak im zaradzić.

Prof. Kazimierz Szewczyk omówił historię formułowania zasad etycznych. Wskazał, że o zasadach postępowania wobec kolegów lekarzy mówiono już w najdawniejszych czasach. Można to traktować jako dowód, że relacje między lekarzami wymagały re-

gulacji od zawsze. Ponieważ nie reguluje się spraw, które nie przyczyniają kłopotów, można też przyjąć, że lekarze od zawsze niekoniecznie odnoszą się do siebie tak, jak powinni.

Wykład wywołał jednak znacznie więcej emocji z powodu ogólnych uwag Profesora na temat Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi tradycyjne połączenie zasad etycznych, zasad postępowania wobec kolegów, reguł zachowania.

Niektóre z tych zasad mogą być sprzeczne, czego najbardziej widocznym przykładem jest płynący z powołania obowiązek pomocy każdemu potrzebującemu przeciwstawiony prawu do odmowy leczenia i nakazom lojalności wobec korporacji. Jest oczywiste, że wykonując zawód lekarza prawie codziennie trzeba dokonywać trudnych wyborów i godzić sprzeczne interesy. Zdaniem Profesora warto byłoby dążyć do uproszczonego kodeksu, zawierającego tylko najbardziej podstawowe zasady, na wzór kodeksu japońskiego.

Takie propozycje zgłaszane były przy okazji wielu dyskusji o kodeksie, ostatecznie przeważało zdanie, że musi on zawierać również przepisy szczegółowe i w efekcie polski KEL jest bardzo podobny do kodeksów obowiązujących w licznych krajach europejskich. Dyskusję bardzo ożywiło barwne i zdecydowane stawianie problemów, z którego prof. Szewczyk jest znany.

Korporacja we współczesnym społeczeństwie

Prof. Artur Kozak, prawnik, przedstawił niezwykle interesujące rozważania na temat roli korporacji we współczesnym społeczeństwie.

Sens istnienia korporacji jest obecnie podważany, widzimy to i w Polsce. Z jednej strony liberałowie dostrzegają

w korporacjach zagrożenie dla wolnego rynku, z drugiej etatyści chcieliby stale rozszerzać zakres kontroli państwa nad wszystkimi dziedzinami życia. Jednak trudność w kontrolowaniu niektórych zawodów, między innymi medyków i prawników, przemawia za utrzymaniem ładu korporacyjnego. Musi on służyć nie tylko ochronie interesów profesji, ale przede wszystkim społeczeństwu. Ważną rolę pełnią tu zasady etyki. Kryzys etyki istnieje od zawsze, obecnie jesteśmy świadkami przede wszystkim kryzysu zaufania.

Tradycyjna koncepcja solidarności korporacyjnej jest zbudowana na solidarności typu związkowego. Korporacje wykonują jednak bardzo ważną funkcję społeczną i otoczenie społeczne nie akceptuje żadnych form przywilejów ani solidarności, jeżeli mogłyby one działać przeciw społeczeństwu. Solidarność można zastąpić pojęciem lojalności, która jest bardziej indywidualistyczna, pozwala na odrębne stanowisko, własny wybór etyczny i nie zobowiązuje do stopienia się z grupą, jest uzasadnionym zaangażowaniem.

Zespołowa działalność medyczna

Lojalność korporacyjna nie powinna klócić się z lojalnością wobec klienta czy pacjenta. Należy odróżniać lojalność wobec członków korporacji od lojalności wobec całej korporacji, ponieważ w ocenie społecznej narażanie na szwank opinii korporacji jest brakiem lojalności wobec niej. W najlepszym interesie każdego z członków korporacji jest natychmiastowe reagowanie na zachowania innych członków mogące narażać na szwank zaufanie do zawodu.

Prof. Barbara Świątek ma bardzo często do czynienia z sytuacjami, w których

przede wszystkim brakuje współpracy pomiędzy lekarzami i mówiła o problemach, które trafiają na ławę sądową.

Współpraca w terminologii prawnej jest nazywana zespołową działalnością medyczną. Obejmuje diagnostykę, leczenie, organizację, rehabilitację, opiniowanie. Powinna być oparta na relacjach ustnych i kontaktach osobowych, ale jednocześnie musi być udokumentowana. Każdy członek zespołu musi mieć określony zakres obowiązków. Zaufanie do innych członków zespołu w pewnych sytuacjach musi być pełne, ale w innych ograniczone, należy weryfikować rozpoznania i decyzje, stosować zasady podobne do zasad w ruchu drogowym. Współpraca również nie może opierać się na bezwzględnym posłuszeństwie i potrzebne są konsultacje z innymi lekarzami.

Lekarze ciągle nie doceniają roli dokumentacji lekarskiej, która jest bardzo ważna nie tylko jako obowiązek prawny, ale i jako potwierdzenie właściwego postępowania, jest podstawową formą współpracy pomiędzy lekarzami. Wymiar sprawiedliwości traktuje fakty nie zapisane jako nieistniejące.

Szczególne sytuacje wymagające prawidłowej współpracy, to weryfikacja i zmiana rozpoznania, wykonywanie decyzji ordynatora, interpretowanie zaleceń konsultantów, leczenie przez lekarza prowadzącego i przez lekarzy dyżurnych, wyłączność opieki nad własnym pacjentem, nieformalne konsultacje, przekazywanie informacji rodzinie pacjenta.

Mistrzowie nadal potrzebni

Organizatorzy przeznaczili mi zadanie przedstawienia opinii o relacjach mistrz – uczeń i ordynator – asystent. W aspekcie normatywnym relacje te są regulowane i uregulowane od dawna. Jednak współcześnie stajemy przed wielkimi wyzwaniami w zakresie nauczania i szkolenia wynikającymi z masowości kształcenia, bardzo wysokich oczekiwań co do jakości świadczeń, potrzeby podniesienia na dużo wyższy poziom bezpieczeństwa leczenia i stale rosnącego zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Wobec takich oczekiwań i wymagań tradycyjny model nauczania i szkolenia jest niewystarczający. Mistrzowie są nadal potrzebni jako wzór dla kolejnych mistrzów, ale jakość i bezpieczeństwo zależą od poprawnego wykonania ogromnej liczby niespektakularnych czynności.

Ocena społeczna zawodu coraz bardziej zależy od tego, jak wykonują go najgorsi, a zapewnienie akceptowalnej jakości i bezpieczeństwa w świadczeniach wykonywanych przez najsłabszych są dużo trudniejsze, niż wykształcenie niewielkiej grupy doskonale motywowanych mistrzów.

Doktor Barański mówił o problemach lekarzy pacjentów, którzy często są trudnymi pacjentami, podobnie do 10-60% „zwykłych” pacjentów. Trudny pacjent wywołuje negatywne uczucia, jak frustracja, niepokój, poczucie winy, antypatia. Może to być pacjent zależny, wymagający nieustannej opieki, pacjent roszczeniowy agresywnie zgłaszający potrzeby, pacjent odmawiający współpracy, pasywny i niewdzięczny, pacjent autodestrukcyjny wymagający leczenia psychiatrycznego.

Nieustanny konflikt ról

Główną przyczyną trudności z lekarzem pacjentem jest nieustanny konflikt ról. Chory lekarz znajduje się w nietypowej sytuacji i traci kontrolę nad sobą powierzając ją kolegom, często mniej doświadczonym. Jest sfrustrowany niemożnością wyleczenia się, ograniczeniem roli zawodowej, narażony na stres poszukiwania pomocy, nie przestrzega zaleceń, ukrywa chorobę, bagatelizuje objawy, uwzględnia wszystkie możliwe komplikacje.

Chorego lekarza należy traktować z respektem. Nie należy zakładać, że wie wszystko o swojej chorobie. Trzeba jednoznacznie określić zakres obowiązku opieki nad nim, nie pozostawiając niczego domniemaniom. Nie należy rezygnować z empatii, trzeba zwracać uwagę na niedogodności pobytu w szpitalu i sprzyjać rozmowom o pracy chorego lekarza.

Wymienione zasady postępowania powinny dotyczyć wszystkich pacjentów. Dyskutanci podkreślali, że lekarza należy traktować tak, jak każdego innego pacjenta, co nie wydaje mi się właściwym zrozumieniem wykładu Jarosława Barańskiego. Lekarz nie jest zwykłym pacjentem i o ile tak samo jak każdy pacjent musi mieć zapewnioną pełną fachowość postępowania, to na pewno wymaga poświęcenia więcej czasu na bardziej szczegółowe, dostosowane do poziomu jego wiedzy informacje; szczególnie w czasie choroby oczekuje od kolegów lekarzy koleżeńskości i sympatii.

Jeżeli z obowiązku sprawozdawcy powinienem też coś konferencji wytknąć, na pewno byłby to mały udział młodszych lekarzy. To oczywiście problem każdej tego typu konferencji. Uczestniczą w nich przede wszystkim osoby, którym o etyce i zasadach nie ma co mówić, ponieważ stosują je na co dzień i często są przykładem dla środowiska.

Istnieje wiele przyczyn takiego zjawiska, a jedną z nich jest brak świadomości, że decyzje etyczne podejmujemy codziennie i często bez refleksji, uznając tradycję i lokalne uwarunkowania za wystarczające wytyczne. Kwestionowanie tych wytycznych jest zresztą często niebezpieczne.

Już od początku kształcenia w etyce lekarskiej warto zwracać uwagę na wszechobecność i złożoność problemów etycznych w praktyce. Jeżeli zamiast przyjmowania, że „tak się to robi” lekarze zaczną zadawać sobie i innym pytania „dlaczego tak się robi”, zainteresowanie dyskusjami o etyce powinno być znacznie większe i wrocławskie konferencje będą musiały przenieść się do większej sali, czego im oczywiście życzę.

Trzy życzenia dla polskich lekarzy na 2007 rok

- 1. Żeby byli mądrzy, a więc również wyrozumiali, tolerancyjni dla pacjentów, kolegów i rodziny, i nie ocenili się zbyt surowo.**
- 2. Żeby mogli pracować w miarę higienicznym limicie godzin i za sensowne pieniądze, pozwalające na normalne życie.**
- 3. Żeby znajdowali zadowolenie z pracy i umieli cieszyć się życiem.**

Maria Śpiewak-Szczęsna z Trójmiasta

Migracja kadry medycznej i pacjentów

Anna Lella



Ponad sześćset uczestników z ministerstw zdrowia, organizacji lekarzy i pacjentów, instytutów badawczych oraz podmiotów zaangażowanych w problematykę zdrowotną wzięło udział w dziewiątym już Europejskim Forum Zdrowia w Gastein, pod hasłem „Zdrowie bez barier”, w dn. 4-7 października 2006 r. Wiele spośród 30 sesji dyskusyjnych poświęconych było kwestii migracji kadry medycznej i pacjentów.

foto: Marek Stankiewicz

Szczególnym zainteresowaniem wśród lekarzy cieszyły się dyskusje nad unijną strukturą usług zdrowotnych, która obejmuje kwestie dotyczące mobilności lekarzy i pacjentów. Publiczne konsultacje zainicjowane przez Komisję Europejską 26 września potrwać do końca stycznia 2007 r.

Przyszłość Europy w kwestii opieki zdrowotnej

Jedną z kluczowych dyskusji forum była przyszłość opieki zdrowotnej w Europie. Wzięto w niej pod uwagę obecnie funkcjonującą strukturę prawną dotyczącą przepływu pacjentów w UE, wzmacnianie systemów zdrowotnych, jakość zarządzania opieką zdrowotną.

Omawiając powody przepływu pacjentów wskazywano na następujące zagadnienia: *uwarunkowania rodzinne* (leczenie w innym kraju, aby być blisko członków rodziny), *dostępność* (leczenie w innym kraju ze względu na długie listy oczekujących w kraju rodzinnym), *koszty leczenia* (niższe koszty leczenia w innym kraju), *postrzegana jakość* (wiara w lepszą opiekę w innym kraju), *ustawodawstwo bioetyczne* (np. zakaz wykonywania aborcji w kraju pochodzenia).

Brakuje informacji dotyczących przepływu kadry medycznej i pacjentów w danych statystycznych. Niemalże wszyscy prelegenci zwracali uwagę na ową kwestię ze względu na związane z tym problemy:

- w kwestii opracowywania systemów zdrowotnych istotna jest wiedza dotycząca wielkości przepływu pacjentów z jednego systemu do drugiego,
- w kwestii zatrudnienia istotne są informacje dotyczące możliwości sprostania potrzebom pacjentów: podano

przykładowy scenariusz gdzie setki pacjentów z Wielkiej Brytanii wybiera leczenie u stomatologów na Węgrzech ze względu na niższe koszty. W tym samym czasie stomatolodzy z Węgier migrują do pracy w Wielkiej Brytanii ze względu na lepsze zarobki.

- Pojawia się pytanie o to, jaki wpływ ta sytuacja wywrze na systemy zdrowotne.
- W kwestii rozwoju strategii dotyczącej mobilności lekarzy i pacjentów najistotniejszym elementem była wiedza na temat efektywności strategii, jednakże w obliczu braku danych i statystyk trudno było to ocenić. Pojawiło się nawet pytanie czy należy w znacznym stopniu ułatwić przepływ lekarzy i pacjentów.

Prof. Jorens podkreślił, że usunięcie kwestii usług zdrowotnych z Dyrektywy o Usługach było słuszną decyzją. Podkreślił, iż artykuły 14 i w szczególności 15 były problematyczne dla kadry medycznej. Artykuł 15 wymagał od krajów członkowskich szczegółowego przejrzystego uzasadnienia stosowania opłat minimalnych względem lekarzy obcokrajowców, z możliwością odrzucenia uzasadnienia przez komisję. Profesor zasugerował jednakże, iż sędziowie mogą odnosić się do Dyrektywy o Usługach jako dokumentu do interpretacji w kwestiach usług zdrowotnych.

Przyszłe rozwiązania polityki europejskiej dotyczące usług zdrowotnych

Nick Fahy, zastępca przewodniczącego komisji do spraw unijnej struktury usług medycznych przedstawił komisji dokument konsultacyjny, który

został opublikowany pod koniec września ub. r. Fahy podkreślił, że do podjęcia akcji w kwestii usług medycznych przyczynili się sami pacjenci. Pacjenci domagali się zwrotu kosztów leczenia w sądach, co zakończyło się serią orzeczeń ze strony Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS) na korzyść pacjentów.

Fahy zwrócił uwagę na złożoność systemów zdrowotnych oraz podkreślił konieczność sprostania potrzebom trzech stron w opiece zdrowotnej: pacjentom, personelowi oraz samym systemom. Komisja nie dążyła do harmonii w unijnych systemach zdrowotnych, rozpoznała delikatność problemu w zakresie zdrowia. Nie należy jednak sądzić, że z powodu art. 152 Traktatu (który podkreśla wyższość krajów członkowskich w kwestiach systemu zdrowotnego) komisja nie może podjąć działań w zakresie usług zdrowotnych.

Przedstawił następnie kilka elementów dokumentu konsultacyjnego. Uczestnicy otrzymali ankiety z pytaniami: 1. dotyczące wpływu mobilności pacjentów i personelu; 2. zabezpieczeń prawnych; 3. innych zagadnień, w których działania ze strony UE pomogą krajom członkowskim. O wynikach ankiety dyskutowano następnego dnia.

1. Wpływ mobilności pacjentów i personelu

W dyskusji poświęconej wpływowi mobilności pacjentów i personelu na systemy zdrowotne zwrócono uwagę na interesujące zagadnienia i porównania w związku z wyzwaniami, jakie stoją przed systemami.

W odniesieniu do pierwszego rodzaju mobilności pacjentów najczęściej przy-

taczoną sytuacją jest ta, kiedy pacjent wyjeżdżał za granicę z własnej inicjatywy, ponieważ oczekiwanie na leczenie w kraju rodzinnym było zbyt długie. Jednakże, podkreślali niektórzy, częstszą i istotniejszą sytuacją była ta, w której starsi pacjenci cierpiący na wiele przewlekłych chorób wyprowadzali się za granicę na 6 miesięcy w celu leczenia się.

Ten temat przewijał się w kolejnych dyskusjach, w których zwracano uwagę na istotę opieki prewencyjnej oraz wzrastające wyzwania w stosunku do opieki długoterminowej.

W odniesieniu do drugiego rodzaju mobilności personelu zgodzono się, że jeśli przepływ personelu będzie gwałtownie wzrastał, przyniesie to negatywne skutki dla rodzimych systemów zdrowotnych, tzw. drenaż mózgów. Np. jeden z węgierskich profesorów podał, iż ok. 50% węgierskich stomatologów brało pod uwagę pracę za granicą, z czego ok. 8% ją podjęło. W tym samym czasie w niektórych regionach granicy węgiersko-austriackiej dramatycznie wzrosła liczba stomatologów po stronie węgierskiej wywołana tzw. turystyką zdrowotną z Austrii i innych części Europy. Wielu prelegentów zwróciło uwagę na to, iż wpływ tej sytuacji powinien być rozpatrywany w szerszym kontekście. Poważniejszym wyzwaniem dla zawodów medycznych jest odstępowanie od wykonywania zawodu. Otmär Kloiber ze Światowego Stowarzyszenia Medycznego zaznaczył, iż obecnie wielu pracowników służby zdrowia z wielu powodów wcześniej przechodzi na emeryturę. Zauważył także, że w Niemczech ok. 25% absolwentów medycyny nie podejmuje pracy w zawodzie i albo zmienia kraj zamieszkania, albo zawód. Istotną zatem jest „dbałość o dbających”, tzn. poprawa warunków pracy wśród zawodów medycznych w celu zapewnienia silnej i doświadczonej kadry, która stawi czoło takim wyzwaniom jak starzejąca się populacja.

2. Zabezpieczenia prawne

Profesor Lorens z uniwersytetu Ghent mówił o potrzebie ustanowienia aktu prawnego odnoszącego się do praw pacjentów w związku ze zwrotem kosztów leczenia odbytego w innym kraju UE. Kodyfikacja postanowień ETS, wzmocniłaby prawa pacjentów, ponieważ kraje członkowskie wciąż nie realizują orzeczeń sądowych.

Nick Boyd z brytyjskiego Departamentu Zdrowia uważa, że potrzebne jest coś więcej niż ustanowienie prawa. Podkreślił, że niezbędne jest ustalenie konkretnych wytycznych, które mogłyby być pomocne w przyszłych decyzjach ETS. Według Boyda postanowienie Rady oparte na powszechnych wartościach byłoby cennym dokumentem przewodnim w pracach ETS.

W kolejnych dyskusjach nad zabezpieczeniami prawnymi podkreślano, że wiele sfer wymaga działań ze strony UE. Np. jak powinno wyglądać pociągnięcie do odpowiedzialności w sytuacji, gdy nie powiedzie się leczenie za granicą. W jaki sposób rozwiązać problemy pacjenta i/lub jak mu zrekompensować nieudane leczenie? Nick Boyd sugeruje, że zróżnicowane decyzje sądu wobec pacjentów hospitalizowanych i nie hospitalizowanych są nielogiczne i należy je poprawić.

Annette Kennedy, przewodnicząca Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich stwierdziła, iż kryteria dotyczące pozyskiwania uprawnienia do leczenia się za granicą także należy poprawić. Ponadto, według A. Kennedy, należy przyjrzeć się problemowi odpowiedzialności zawodowej.

3. Kolejne zagadnienia do rozwiązania przez UE

Wielu prelegentów podkreślało potrzebę przedstawienia danych dotyczących jakości usług medycznych w UE.

- Jeśli pacjenci wybierają leczenie za granicą muszą podejmować decyzje na podstawie istniejących informacji, których w tej kwestii jest za mało.
- Zaproponowano utworzenie organu na szczeblu europejskim (nazwanego „EURO-NICE” od UK National Institute for Clinical Excellence), który miałby stworzyć wskazówki dla leczenia klinicznego. Pomysł ten spotkał się z poparciem ze strony niektórych prelegentów.

Kolejną sugestią było powołanie Europejskiego Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Europejskiego Systemu Zdrowotnego, chociaż wszyscy przyznali, że stworzenie wspólnego systemu zdrowotnego jest mało prawdopodobne.

Opracowano na podstawie raportu Marka Beamisha z konferencji „Europejskie Forum Zdrowia” w dn. 4-7 października 2006 r. w Gastein

• **Budowlaniec ze średnim wykształceniem leczył ludzi chorych na raka.** Policja z Gorzowa zatrzymała oszusta, który obiecywał, że wyleczy każdą postać raka, nawet w zaawansowanym stadium. Przez 7 lat wyłudzał od chorych ogromne sumy pieniędzy i narażał na utratę życia lub zdrowia.

• **Prawie co drugi Polak ma grzybicę stóp.** W Polsce prawie co druga osoba cierpi na grzybicę stóp, a co czwarta - na grzybicę płytek paznokciowych - alarmuje prof. Roman Nowicki, dermatolog z Gdańskiej AM. Wyniki uzyskane dzięki projektowi „Achilles” plasują Polskę na czwartym miejscu w Europie pod względem częstości występowania grzybicy (przed nami znalazły się jedynie Rosja, Czechy i Węgry).

• **Ludzkie embriony na śmietniku.** Słoiki z zanurzonymi w formalinie embrionami, znalezione na śmietniku w Krasnymstawie (lubelskie), pochodzą ze zlikwidowanego studium medycznego w tym mieście.

• **Słodkie życie (z) fundacji.** Były prezes Fundacji Zdrowia Publicznego (powołanej uchwałą senatu UJ w Krakowie) - Andrzej S. odpowie przed sądem za bezpodstawne pobranie z kasy fundacji premii w łącznej wysokości 347 tys. zł.

ciąg dalszy na str. 20

Konkurs rejestrów lekarskich

15 grudnia 2006 r. na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej wręczono nagrody w Konkursie Prezesa NRL na najlepiej prowadzony komputerowy Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów w edycji 2006. Rywalizację wygrał zespół Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie w składzie: **Elżbieta Duszyńska, Barbara Bielec, Małgorzata i Marcin Malessa, Patrycja Łukasik i Anna Binięda** (fot.) pokonując drużyny OIL Koszalin i *ex aequo* Poznań i Rzeszów. Celem konkursu jest wyłonienie i wyróżnienie najlepszych zespołów pracowników działów rejestrów i informatyków przy pomocy dobranych parametrów jakościowych prowadzonych baz danych. Jakość Centralnego Rejestru NRL jest wynikiem pracy zespołów w okręgowych izbach lekarskich – wyjaśnia Mirosław Przastek, kierownik Działu Informatyki i Organizacji NIL. Komplet wyników publikowany jest pod adresem **www.nil.org.pl** ms

ms



Prof. dr hab. Marek Stankiewicz

Kalendarz Lekarza 2007

wydany przez

Polskie Towarzystwo Lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską



Już do nabycia!

w siedzibie biura Zarządu Głównego PTL

00-478 Warszawa,

Al. Ujazdowskie 22, lok. 2

tel. (022) 628 86 99, 627 29 88

e-mail: ptl@interia.pl

Cena kalendarza **24,40 zł**

Istnieje możliwość wysyłki za pobraniem.

Import równoległy

Od listopada 2005 r. w polskich aptekach dostępne są leki z importu równoległego. Pacjenci zaoszczędzili dzięki funkcjonowaniu tej formy dystrybucji ponad 40 mln zł. Z jednej strony mogą kupować w aptekach tańsze leki w czarno-białych opakowaniach, z drugiej producenci sami obniżają ceny leków bojąc się konkurencji ze strony importerów równoległych.

Niektóre firmy obniżyły ceny swoich leków nawet o 50 proc. – Z dystrybucji niektórych leków musieliśmy się wycofać, ponieważ producenci po naszym wejściu na rynek zdecydowanie obniżyli ceny. Takie informacje nas jednak nie martwią, ponieważ szacujemy, że ok. 200 leków mogliśmy sprowadzać do Polski tym sposobem. A jest to oczywiście ogromna korzyść dla pacjentów – tłumaczy Tomasz Dzitko, prezes łódzkiej hurtowni Delfarma, zajmującej się importem równoległym.

W krajach UE, w których import równoległy rozwija się od ponad 30 lat, oszczędności przekroczyły w 2004 r. 1,8 mld zł.

Do tej pory wydano 45 pozwoleń na import równoległy. Na rynku działa 8 importerów równoległych. Największym jest łódzka Delfarma. Obecnie oferuje 12 leków. Podtrzymuje zamiar wprowadzenia na rynek 100 farmaceutyków, chociaż odbędzie się to z rocznym opóźnieniem.

– Import równoległy nadal będzie się w Polsce rozwijał, ponieważ jesteśmy częścią rynku wspólnotowego, a firmy farmaceutyczne nadal sprzedają leki po różnych cenach w różnych krajach Unii Europejskiej – mówi Tomasz Dzitko. – Tańsze leki z importu równoległego poprawiają dostęp Polaków do najnowszych opatentowanych medykamentów, które objęte są ochroną patentową, a więc nie mogą zostać zastąpione przez leki generyczne. Import równoległy stanowi konkurencję dla leków opatentowanych, nie generyków – dodaje.

Współpraca Delfarmy z innymi hurtowniami farmaceutycznymi układa się dobrze. Firma współpracuje zarówno z największymi hurtowniami ogólnopolskimi, jak i regionalnymi. To, że nie w każdej aptece można dostać lek z impor-

tu równoległego, nie jest winą importerów. My sprowadzamy tyle opakowań, ile tylko jest możliwe. Sprawę komplikują działania firm farmaceutycznych, które chcą nas wyeliminować z rynku – mówi Tomasz Dzitko. W niektórych krajach europejskich producenci próbują blokować import równoległy, wprowadzając np. podwójne ceny – wyższe dla importerów równoległych niż dla hurtowni oraz ograniczając dostawy lub odmawiając dostaw w ogóle. Dlatego m.in. importerzy nie mogą sprowadzić do kraju takich ilości danego leku, by w pełni odpowiedzieć na zapotrzebowanie pacjentów.

Przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości toczy się obecnie sprawa przeciwko jednemu z gigantów farmaceutycznych dotycząca działań firmy w Hiszpanii polegających na stosowaniu podwójnych cen. Pozywającym jest Komisja Europejska. Wyroku w tej sprawie oczekujemy za 2-3 lata. Mamy nadzieję, że najwyższy sąd europejski potwierdzi jawne naruszenie zasad uczciwej konkurencji przez koncerny farmaceutyczne stosujące takie niedozwolone praktyki – podkreśla Dzitko.

Trwają także prace nad nowelizacją ustawy „Prawo farmaceutyczne” zakładającą dalsze upraszczanie importu równoległego. Korzystne są niewątpliwie projektowane przepisy pozwalające reklamować leki pochodzące z importu równoległego. Do tej pory leki mógł reklamować jedynie producent. Importerzy równolegeli liczą też, że nowelizacja ostatecznie potwierdzi, że po pierwszych 5 latach przedłużenie ważności pozwolenia na import równoległy wydawane będzie na czas nieoznaczony, tak jak to ma miejsce w przypadku pozostałych leków w Polsce.

ems

REKLAMA

REKLAMA

ciąg dalszy ze str. 18

• **Stówka za więzienną plombę.** Policja zatrzymała na gorącym uczynku dentystę, który pracował w Zakładzie Karnym w Łowiczu i przyjmował od więźniów łapówki za usługi lekarskie wyższej jakości – informuje „Dziennik Łódzki”. Lekarzowi, który ma status funkcjonariusza publicznego, za przyjmowanie łapówek grozi teraz do 10 lat pozbawienia wolności.

• **Epidemia otyłości szerzy się wśród polskich dzieci.** Już niemal 16 proc. dzieci i nastolatków w Polsce cierpi na nadwagę lub otyłość. Ma to dramatyczne konsekwencje zdrowotne, takie jak wzrost zachorowań na cukrzycę typu II i nadciśnienie w młodym wieku – alarmowali lekarze na konferencji prasowej w Warszawie.

• **Uczniowie w kolejce do psychologa.** Coraz więcej dzieci z problemami emocjonalnymi zapisuje się na wizyty w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Tworzą się kolejki i na wizyty trzeba czekać nawet pół roku.

• **„Dla nich była to tylko zabawa”.** Dolnośląska policja zatrzymała trzech nastolatków – sprawców fałszywego alarmu bombowego w hospicjum w Miłkowie k. Jeleniej Góry (Dolnośląskie). Z powodu alarmu z hospicjum ewakuowano blisko 100 ciężko chorych osób.

• **Za darmo do pracy w szpitalu.** W polskich szpitalach brakuje wolontariuszy, a zorganizowany, profesjonalny wolontariat w placówkach służby zdrowia praktycznie nie istnieje – to jeden z wniosków z konferencji zorganizowanej w związku z rozpoczętym Festiwałem Wolontariatu.

• **Wojna z (rtęciowymi) termometrami.** Termometry i inne urządzenia pomiarowe z rtęcią wkrótce znikną ze sprzedaży i produkcji. UE uważa, że są one niebezpieczne dla zdrowia człowieka i środowiska – donosi „Życie Warszawy”.

• **Dar rządu Japonii dla oświecimskiego hospicjum.** 600 tys. zł przeznaczy rząd Japonii na zakup sprzętu medycznego dla Pomnika-Hospicjum Miasta Oświęcim. Placówka ta upamiętni miejscową ludność, która niosła pomoc więźniom.

• **Szukają cukrzycy w genach** Lekarze z Kliniki Chorób Dzieci UM w Łodzi (Szpital im. M. Konopnickiej) we współpracy z Kliniką Chorób Metabolicznych Collegium Medicum UJ w Krakowie rozpoczęli badania wykrywające cukrzycę o podłożu genetycznym. Dotychczas rozpoznali ten typ cukrzycy u 15 osób. Najmłodszy pacjent ma kilka miesięcy, najstarszy – 50 lat.

• **Amerykańska nagroda dla polskiego limfologa.** Polski uczony prof. Waldemar L. Olszewski otrzymał nagrodę „Best Career Investigator Award” przyznaną przez dwie ame-

ciąg dalszy na str. 22

Czy grozi nam epidemia gruźlicy?

Tadeusz Maria Zielonka

Co jakiś czas pojawiają się alarmujące doniesienia o zagrożeniu gruźlicą. Czy rzeczywiście choroba ta stanowi poważne zagrożenie w Polsce i we współczesnym świecie?

Poprawa warunków bytowych i wynalezienie leków przeciwgruźliczych stworzyły nadzieję na wyeliminowanie tej choroby. Niestety, z upływem czasu gruźlica wciąż jest jednym z ważniejszych problemów zdrowotnych. Według szacunków WHO każdego roku ponad 8 mln ludzi zachorowuje na gruźlicę, a 2,5 mln z nich umiera. Spadek zainteresowania tą chorobą wynika z faktu, że ponad 90% wszystkich przypadków oraz 95% zgonów występuje w krajach Azji i Afryki. Wśród krajów o najwyższym wskaźniku zapadalności przeważają biedne kraje afrykańskie, takie jak Zimbabwe, Kenia, Mozambik. Gdy w USA i Australii rocznie stwierdza się 5 zachorowań na 100 tys., to w Suazi i Dżibuti ok. 1000/100 tys. Blisko połowa nowych zachorowań występuje w Indiach – 1,8 mln, Chinach – 1,5 mln i w Indonezji 0,6 mln. Chociaż w wielu krajach europejskich sytuacja epidemiologiczna systematycznie się poprawia, to jednak globalnie rośnie liczba zachorowań w naszym regionie. Dzieje się tak za sprawą byłych republik radzieckich i krajów bałkańskich. WHO zalicza do strefy europejskiej nawet azjatyckie republiki dawnego ZSRR.

Sytuacja epidemiologiczna w naszym kraju powoli się poprawia i co roku liczba przypadków zmniejsza się o około 4%. Obecnie wskaźnik zapadalności na gruźlicę w Polsce wynosi 25/100 tys. ludności. Jednak w Unii Europejskiej zajmujemy dopiero 21 miejsce (wyprzedzając jedynie Węgry i kraje nadbałtyckie). Regionalnie sytuacja jest dość zróżnicowana. W Wielkopolsce stwierdza się wskaźnik 14/100 tys., a na Lubelszczyźnie 36/100 tys. Każdego roku ok. 10 tys. Polaków zapada na gruźlicę, co pokazuje, że walka z chorobą jeszcze się nie skończyła.

Zmiany społeczno-ekonomiczne, a zwłaszcza kolejne nieudolne reformy

systemu ochrony zdrowia z pewnością wpływają na epidemiologię gruźlicy. Polepszenie warunków życia społeczeństwa sprzyja poprawie sytuacji. Pojawia się jednak niebezpieczeństwo szerzenia się choroby wśród osób odrzuconych, nie potrafiących sobie poradzić w nowych realiach. Obecnie zdecydowana większość chorych na gruźlicę to osoby nieczynne zawodowo – bezrobotni, renciści i starsi ludzie, na emeryturze. Bezdomność nie jest masowym problemem w Polsce, ale w tej populacji choroba występuje 25-50 razy częściej.

Na ile niedofinansowana i źle zorganizowana służba zdrowia w Polsce może sprostać zadaniu konsekwentnej walki z gruźlicą wymagającą 6 miesięcy leczenia. Czy osoby bezdomne, bezrobotne i nieubezpieczone mają łatwy dostęp do diagnostyki i leczenia gruźlicy? Chociaż, którzy chcą się leczyć, mają zagwarantowane świadczenia medyczne i leki. Problem stanowią ci, którzy nie chcą się leczyć, przede wszystkim alkoholicy.

Kiedy trafiają do szpitala, stosują leki pod nadzorem, ale gdy opuszczają szpital, często przestają się leczyć. Takie przerwane leczenie jest gorsze niż niezastosowanie leczenia w ogóle, gdyż prowadzi to do tworzenia lekooporności.

Polska dzięki konsekwentnemu i profesjonalnemu leczeniu przeciwpłukowemu przez wiele lat miała bardzo niski wskaźnik lekooporności, która jest wyznacznikiem sprawności działania służby zdrowia. W ostatnich latach po raz pierwszy zaobserwowano wzrost przypadków opornych na stosowane leki. Wśród przyczyn wymienić trzeba nieskuteczność służby zdrowia w dotarciu do osób źle współpracujących oraz napływ chorych z krajów zza wschodniej granicy, w których odsetek gruźlicy opornej na leki jest znaczny.

W krajach zachodnich imigranci z regionów o złej sytuacji epidemiologicznej stanowią coraz większy odsetek zacho-

rowań (nawet 60% wszystkich przypadków). W Polsce brak jest danych na temat występowania gruźlicy u imigrantów, których liczba szczególnie na wschodnich terenach kraju jest niemała. Większość z nich pracuje w Polsce nielegalnie i nie ma ubezpieczenia zdrowotnego.

Demokratyzacja i liberalizacja życia społecznego spowodowała, że zdrowie stało się indywidualnym problemem obywateli. Jeśli się ktoś nie leczy, to sam ponosi tego konsekwencje. Czy zasada ta może obowiązywać w gruźlicy? Nie można ludzi zmuszać do leczenia, ale prątkujący chory zakaża zdrowe osoby wokół siebie. W interesie społecznym leży, aby wszyscy chorzy mieli łatwy dostęp do lekarza i regularnie przyjmowali leki. Problem stanowią osoby, które nie są zdeterminowane, nie mają ostrych objawów, a jedynie przewlekłe kaszłą i prątkują w tramwajach, sklepach czy w innych miejscach publicznych.

Warto sprawdzić czy niedofinansowana służba zdrowia, źle opłacani i sfrustrowany personel docierają do nieubezpieczonych chorych, którzy nie mają ochoty na leczenie, ale stanowią zagrożenie dla innych. Na ile istniejący system jest szczelny i leczy konsekwentnie wszystkich, nie tylko tych za-

biegających o powrót do zdrowia. Problem ten znany jest również w innych krajach i trzeba przyznać, że znajdują one sposoby dotarcia do tych chorych i odpowiedniej ich motywacji.

Na ogół są to konkretne zachęty materialne. Może to bulwersować, ale jest ekonomicznie opłacalne, gdyż koszt leczenia gruźlicy odpornej na leki jest wielokrotnie wyższy. W niektórych krajach pielęgniarki środowiskowe odszukują bezdomnych, narkomanów, alkoholików na dworcach, w noclegowniach czy na skwerach dopilnowując regularnego przyjmowania przez nich leków. Patrząc na polskie realia trudno nie dostrzec, że pacjent nie zgłaszający się na wizytę traktowany jest wg zasady baba z wozu koniom lżej. W przypadku gruźlicy to pozorna oszczędność.

Gruźlica przestała być w naszym kraju częstą przyczyną zgonu, ale pomimo to śmiertelność 8-10% z pewnością jest zbyt duża jak na chorobę potencjalnie całkowicie wyleczalną. Jest to spowodowane zbyt późnym rozpoznaniem choroby, opornością na leki i błędną rejestracją gruźlicy jako przyczyny zgonu.

Autor jest przewodniczącym warszawsko-otwockiego oddziału Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Regionalne Centrum Informacji Medycznej

**PRIMUM
NON NOCERE**

W Bydgoszczy, przy Bibliotece Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, do końca tego roku uruchomione zostanie Regionalne Centrum Informacji Medycznej, którego podstawowym celem będzie wspomaganie kształcenia, rozwoju naukowego, a także innych obszarów działalności osób związanych z medycyną i dziedzinami pokrewnymi z terenów województwa kujawsko-pomorskiego. Powołanie Centrum jest pozytywną odpowiedzią związaną z oczekiwaniem środowisk medycznych regionu pragnących rozszerzenia formuły Biblioteki Medycznej z ksiąźnicy zaspokajającej potrzeby uczelni w bibliotece fachową regionu

Oferta adresowana jest przede wszystkim do osób zrzeszonych w samorządach zawodowych reprezentujących środowiska medyczne regionu kujawsko-pomorskiego – lekarzy, pielęgniarek i położnych, a także diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów (aptekarzy). Nie wykluczamy również uczestnictwa innych grup zawodowych, czy też studentów pozostałych uczelni regionu przejawiających zainteresowanie medycyną.

Środki finansowe na budowę Centrum pochodzą w całości z Europejskiego Funduszu Społecznego. Biblioteka Medyczna aplikowała o nie w ramach priorytetu 2 *Wzmocnienie Rozwoju Zasobów Ludzkich w Regionach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego*, wpisując się swym projektem w działanie 2.6 *Regionalne Strategie Innowacyjne i Transfer Wiedzy*. Kwota blisko 800 000 zł zostanie przeznaczona na zakup serwera i pozostałego potrzebnego sprzętu oraz przede wszystkim na zakup usług dostępu do dziesięciu najważniejszych baz danych z zakresu medycyny i nauk pokrewnych.

Dzięki uruchomieniu procedur centralnej usługi uwierzytelniania, po zalogowaniu się na serwerze Centrum, użytkownicy będą mieli możliwość bezpłatnego, zdalnego wykorzystania wszystkich zaprenumerowanych bibliograficznych i pełnotekstowych danych. W praktyce oznacza to, że zainteresowane osoby będą miały zapewniony bezpłatny dostęp do fachowej literatury medycznej poprzez Internet, z dowolnego miejsca połączenia komputera (dom, szpital, przychodnia, laboratorium). Konieczne będzie jedynie założenie konta pocztowego (e-mail) na serwerze Centrum, dzięki czemu uzyska się status użytkownika i co pozwoli – poprzez login i hasło – logować się na naszym serwerze. (...)

„Primum non nocere” 11(185) listopad 2006

ciąg dalszy ze str. 20

rykańskie organizacje medyczne - National Lymphedema Network oraz Lymphology Association of North America.

• **Młody naukowiec z Gdańska skonstruował... aparat słuchowy dla niemowlaków.** Projekt aparatu słuchowego dla niemowląt opracował jeden z doktorantów Politechniki Gdańskiej. Aparat ma szansę być wdrożony do produkcji za 2 lata. Na razie młody naukowiec zdobył laury na 121 międzynarodowym kongresie Audio Engineering Society w San Francisco w USA. • **Niemcy: Fala protestów przeciwko reformom służby zdrowia.** Dziesiątki tysięcy niemieckich lekarzy, dentystów i aptekarzy protestowały na początku grudnia przeciwko reformom systemu opieki zdrowotnej, lansowanym przez kanclerz Angelę Merkel. Zamknięta była więcej niż jedna trzecia ze 100 tys. gabinetów lekarskich. W ok. 2000 klinik i szpitali wywieszono plakaty protestacyjne i organizowano demonstracje. • **Niemcy: Zakaz porównywania ofert dentystów w Internecie** Sąd w Monachium zabronił portalowi internetowemu porównywania kosztorysów przedstawianych pacjentom przez dentystów - poinformowały w niedzielę niemieckie media internetowe.

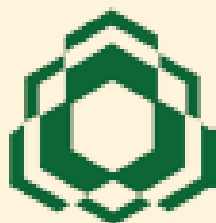
ciąg dalszy na str. 24

Odznaczenia

Maciejowi Z. Czerwińskiemu z Torunia i Jerzemu Umiastowskiemu z Gdańska wręczono kolejne odznaczenia *Meritus Pro Medicis*, przyznawane za zasługi dla samorządu lekarskiego. Może je otrzymać najwyżej dziesięciu lekarzy i lekarzy dentystów w każdym roku kalendarzowym. Kanclerz Kapituły Włodzimierz Bednorz z Wrocławia (na zdjęciu w środku) zachęca wszystkich czytelników do nadsyłania kandydatur osób, które w szczególnie sposób zasłużyły się dla naszego samorządu. Wnioski o nadanie odznaczenia można pobrać ze strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej: www.nil.org.pl. Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa, z dopiskiem na kopercie „*Meritus Pro Medicis*”.



fol. Marek Staniewicz



SKOK *iz*
I z b L e k a r s k i c h

ZACZNIJ ROK

» OD DOBREJ INWESTYCJI «

„TWOJA INWESTYCJA”

Lokata + Fundusz Inwestycyjny

„OC”

» PAKIET MERITUM!!!

» OC + KARTA VISA ELECTRON GRATIS!!!

PEŁNA OFERTA DEPOZYTÓW I POŻYCZEK:

Infolinia 0-801 88 88 11 (opłata jak za połączenie lokalne)

www.skokil.pl



Przychodzi lekarz do prawnika

REKLAMA

Pytanie lekarza: Czy lekarz jest zobowiązany do wystawienia aktu zgonu w nocy? W jakim czasie po stwierdzeniu zgonu powinno się wystawić akt zgonu?

gu 12 godzin od chwili wezwania, po uprzednich oględzinach zwłok.

Jednakże, w przypadku gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu, bądź lekarz taki zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki,

albo z powodu choroby lub z innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, kartę zgonu wystawia (§ 3):

1) lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do niebezpiecznego wypadku lub nagłego zachorowania,

2) lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,

3) położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia

lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km.

Jak zatem wynika z przytoczonych przepisów – obowiązek wystawienia karty zgonu w nocy uzależnione jest od konkretnych okoliczności.

opr. Magdalena Sender

Materiały udostępnione dzięki uprzejmości Domu Wydawniczego ABC, wydawcy CD-ROM-u „Serwis Prawo i Zdrowie”:
www.prawoizdrowie.pl

DOM WYDAWNICZY ABC

**Serwis**
Prawo i Zdrowie
Z usług w Świacie Zdrowia



www.prawoizdrowie.pl

Pierwszy wybór specjalisty

W świecie, gdzie informacja prawna to być albo nie być każdej jednostki służby zdrowia, szpitala, przychodni czy nawet ZOZu my zapewniamy pełne wsparcie informacyjne specjalisty. Wiarygodne, zawsze aktualne. Gwarantujemy także odpowiedzi ekspertów na każde zadane pytanie.

■ on-line ■ wszystko o prawie ■ zmiany i projekty ■ analizy problemów

Dom Wydawniczy ABC, ul. Płocka 5a, 01-231 Warszawa,
tel. (0-22) 535 80 00, fax (0-22) 535 80 01, infolinia 0 800 120 188, e-mail: info@abc.com.pl, www.abc.com.pl

Odpowiedź prawnika: Precyzując pytanie – chodzi o kartę zgonu, gdyż akt zgonu sporządzają urzędy stanu cywilnego.

Kwestie związane z wystawianiem kart zgonu reguluje rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz. U. nr 39, poz. 202).

Zgodnie z § 6 przywołanego rozporządzenia wystawienie karty zgonu przez lekarza powinno nastąpić w cią-

REKLAMA

ciąg dalszy ze str. 22

• **Niemcy: Dożywocie dla byłego pielęgniarza za zabójstwo 28 pacjentów.** Sąd w Kempten w Bawarii skazał w poniedziałek byłego pielęgniarza na karę dożywocia za zabójstwo 28 starszych pacjentów. • **Inteligentny lek przeciw próchnicy.** Inteligentny lek, który zabija bakterie powodujące próchnicę (*Streptococcus mutans*), a oszczędza nieszkodliwą i potrzebną nam florę bakteryjną jamy ustnej, został opracowany przez naukowca z USA – czytamy na łamach czasopisma „Antimicrobial Agents and Chemotherapy”. • **Osoby z rozbitych rodzin bardziej narażone na schizofrenię.** Osoby, które w dzieciństwie przeżyły rozpad rodziny, są 2-3 razy bardziej narażone na schizofrenię i inne psychozy, w porównaniu z ogólną populacją – wynika z pracy naukowców brytyjskich zamieszczonej na łamach pisma „Psychological Medicine”. • **Dieta wpływa na układ immunologiczny.** Naukowcy z Australii wykazali, że dieta bogata w tłuszcze może przyczyniać się do rozwoju astmy oraz innych chorób związanych z nieprawidłowym funkcjonowaniem układu immunologicznego – donosi najnowszy numer czasopisma „Immunology”. • **Nowa terapia zwyczajniowej choroby kręgosłupa.** Nowe badania dowodzą, że psie komórki embrionalne mogą wspomagać regenerację chrząstki krążków międzykręgowych. Donoszą o tym kanadyjscy naukowcy na łamach czasopisma „Arthritis and Rheumatism”. • **Enzym regulujący starzenie hamuje wzrost raka prostaty.** Enzym należący do rodziny sirtuin i regulujący procesy starzenia hamuje wzrost raka prostaty – zaobserwowali badacze z USA. Artykuł na ten temat zamieszcza najnowsze wydanie czasopisma „Molecular and Cellular Biology”. • **Lekarze nadużywają antybiotyków w leczeniu ostrego zapalenia oskrzeli.** Antybiotyki są niepotrzebnie nadużywane w leczeniu ostrego, krótkotrwałego zapalenia oskrzeli – wskazują najnowsze analizy naukowców z USA, o których informuje pismo „New England Journal of Medicine”. • **Ryzyko nawrotów raka okrężnicy najwyższe u osób bardzo otyłych.** Nawet po udanym leczeniu raka okrężnicy pacjenci bardzo otyli byli w większym stopniu narażeni na nawroty choroby i szybki zgon niż pacjenci o prawidłowej wadze – wykazały badania amerykańskie opisane na łamach „Journal of the National Cancer Institute”. • **Czekolada zapobiega zakrzepom i zawałom.** Codzienne zjadanie niewielkiej ilości ciemnej czekolady zmniejsza ryzyko powstawania zakrze-

ciąg dalszy na str. 26

I Ogólnopolski Konkurs Literacki Kampanii Społeczno-Edukacyjnej „Hospicjum to też Życie”

W październiku 2006 r. ruszyła w mediach ogólnopolskich i regionalnych oraz na nośnikach reklamy zewnętrznej III edycja ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej „Hospicjum to też Życie” zorganizowana przez Fundację Hospicyjną w celu sprowokowania publicznej dyskusji o tym, jak można pomóc osobom w żałobie. Ponadto w akcję zaangażowano ośrodki hospicyjne na terenie całego kraju.

Zachętą do publicznej dyskusji o żałobie, a także wsparcia finansowego kampanii będzie również konkurs literacki. Jak pamiętamy o tych, którzy odeszli? Co im zawdzięczamy? Czy w codziennym życiu czujemy ich obecność? Jak udało się wyjść z żałoby po nich i powrócić do świata żywych?

Czasem, niby pogodzeni z nieobecnością, czujemy pustkę, którą trudno wypełnić. Czasem jednak pamięć może być inspirująca. Może powodować, że sprawy tego świata nabierają nowych znaczeń. Świat staje się inny. My stajemy się inni. Właśnie dlatego, że przeżyliśmy rozstanie.

Jeśli tak właśnie czujesz – napisz. Jeśli się z tym nie zgadzasz – napisz.

Zapraszamy Cię do udziału w **I Ogólnopolskim Konkursie Literackim pt. „Puste miejsce w sercu i przy stole. Oswoić samotność”**.

Jest to Konkurs Literacki podsumowujący Kampanię „Hospicjum to też Życie – Jak żyć ze stratą?” poświęconej osieroceniu i żałobie.

Refleksje, relacje, opowiadania o ludziach, którzy zostawili na zawsze ślad w naszym życiu, a może list do nieobecnego – to główne przesłanie konkursu, do którego zaprasza Fundacja Hospicyjna w Gdańsku.

Otwieramy łamy i zapraszamy zainteresowanych tą tematyką, by podzielili się z innymi swoją pamięcią.

Najciekawsze z nadesłanych utworów **zostaną opublikowane w książce**, która powstanie jako pokłosie III Ogólnopolskiej Kampanii Hospicjum to też Życie AD 2006. Ta edycja poświęcona jest osobom pogrążonym w żałobie. Część utworów zostanie opublikowana na stronie internetowej www.hospicja.pl

Pytania: redakcja@hospicja.pl

Objętość prac: do 3 stron maszynopisu (1800 znaków/strona)

Adres: **Fundacja Hospicyjna, 80-208 Gdańsk, ul. Chodowieckiego 10**, dopisek: „**Konkurs literacki**”

Prace należy nadsyłać w formie papierowego wydruku oraz wersji zapisanej na elektronicznym nośniku załączonym do wydruku. Przesyłka powinna być opatrzona godłem autora. W oddzielnej, zamkniętej kopercie należy dołączyć kartkę z godłem i danymi autora (imię, nazwisko, adres zamieszkania, rok urodzenia, telefon kontaktowy, adres e-mail, informację o dotychczasowym dorobku literackim).

Termin nadsyłania prac: **31 stycznia 2007**

Ogłoszenie wyników konkursu: **28 lutego 2007**

Jak wesprzeć kampanię

- Wysyłając charytatywnego sms-a na nr 7434 (koszt 4,00 zł netto)
- Dzwoniąc na linię charytatywną, nr 0400-407-400 (koszt 4,06 netto)
- Dokonując wpłaty celowych, indywidualnych i od firm na konto bankowe kampanii: 61 1540 1098 2001 5562 4727 0005
- Kupując znicz kampanii PAMIĘTAM, dostępny u wolontariuszy i harcerzy, w hospicjach i w wielu kościołach parafialnych w całym kraju w cenie 5 zł
- „Zapalając” wirtualny znicz w serwisie www.hospicja.pl (koszt wysłania sms-a 4 zł netto)
- Uczestnicząc w lokalnych zbiórkach pieniędzy zorganizowanych przez placówki hospicyjne biorące udział w kampanii.

Dalszych informacji udziela: Rowland Communications, Barbara Skuza, tel. 022-593-91-00/ 593-91-28, kom. 506-956-390, b.skuza@rowland.pl

Fundacja Hospicyjna i Krajowy Duszpasterz Hospicjów,
80-208 Gdańsk, ul. Chodowieckiego 10,
tel. 058-340-61-15, tel./faks 058-345-90-60, info@hospicja.pl, www.hospicja.pl

Jaki był?

Jaki był ten mijający rok dla naszej grupy zawodowej? Rozpoczął się burzliwym VIII Krajowym Zjazdem Lekarzy w Warszawie – gdzie uchwalono podstawowe żądania środowiska – nasze wynagrodzenia muszą się zmienić – dość upokorzeń naszej grupy zawodowej.

Niestety, rządzący zlekceważyli nasze głosy – doprowadzili do tego, że musieliśmy wyjść na ulice z naszymi żądaniami i, co gorsza, nastąpiły masowe protesty, a w wielu regionach kraju strajki.

Sytuacja ogromnego napięcia, jaką stworzono, i szybkimi krokami zbliżające się parlamentarne wakacje spowodowały pospieszną pracę nad ustawą podwyżkową. Powstał akt prawny, który odsłania z dnia na dzień swoje niedoskonałości; będą się one ujawniały z czasem. Początkowo odczuwamy te, które dotyczą nas osobiście. Przyjdzie wkrótce czas na bardziej odległe, negatywne skutki tej ustawy.

Szkoda, że utrwalono w społeczeństwie przekonanie, że uda się załatwić problemy marnego finansowania ochrony zdrowia w naszym państwie, obracając ciągle tą samą kwotą pieniędzy – „znajdując” jakieś środki. Daje to fatalny obraz chaosu finansowego – skoro pieniądze raz są, a raz ich nie ma w systemie.

Podtrzymuję ciągle to, co już kiedyś powiedziałem – podwyżkę daliśmy sobie sami – ciągle bowiem obracamy się w tych samych realiach finansowych – niskich nakładów publicznych (najniższych w UE) na ochronę zdrowia. Jestem przekonany, że skierowanie pieniędzy na wynagrodzenia jest niewątpliwą wygraną środowiska.

Ustawa podwyżkowa ma swój niewątpliwym wymiar materialny, ale przede wszystkim społeczny – silnie uzmysłowiła wszystkim, jak niewielkie są wynagrodzenia w systemie ochrony zdrowia. Wymusi ona konieczne zmiany w systemie od 2008 roku. Jakie one będą? Tego nikt nie wie. Zmian jednak chyba musi nastąpić wiele, bo w obecnym kształcie funkcjonalnym system zmierza do upadku. Już funkcjonuje na skraju wydolności.

Musimy zachować wiele czujności i nie dać się podzielić wewnątrz. Ruchy zmierzające do rozbicia naszego środowiska można zauważyć na każdym kroku. Pamiętajmy, że w jedności siła. Gdy nie będzie silnego, zjednoczonego partnera do rozmów o naszych lekarskich sprawach (przecież nie tylko płacowych), ten, kto będzie chciał wprowadzać zmiany, znajdzie sobie takiego partnera, który będzie potakiwał zamiast argumentować. Organizacją skupiającą całą społeczność lekarską jest samorząd lekarski – on tak naprawdę posiada najwięcej wiedzy na temat problemów naszej grupy zawodowej i jest najbardziej uprawniony (z mocy ustawy) do zabierania głosu w naszych sprawach. Nie możemy dopuścić do tego, aby ten głos osłabił. (...)

Krzysztof Wójcikiewicz

„Pomorski Magazyn Lekarski” 10 (152)

dokończenie ze str. 24

pów w podobny sposób, jak przyjmowanie aspiryny - poinformowano podczas kongresu American Heart Association w Chicago. • **Urodziny dziecka z embri- na zamrożonego przez 13 lat.** W Hiszpanii urodziło się poczęte metodą *in vitro* zdrowe dziecko, które było zamrożone w stanie embrionalnym przez 13 lat, nim wszczepiono je do macicy kobiety - poinformował na internetowej stronie czasopisma „Medicina Reproductiva” Instytut Marqueza w Barcelonie. • **USA: Producent wycofuje leki przeciwbólowe.** Firma Perrigo, jeden z największych światowych producentów leków bez recepty, zdecydował o wycofaniu ze sprzedaży w USA paracetamolu, ponieważ pewna część tabletek może zawierać śladowe ilości metali. • **Kobiety otyłe bardziej zagrożone zespołem policystycznych jajników.** Nadwaga i otyłość aż pięciokrotnie zwiększają ryzyko wystąpienia zespołu policystycznych jajników - jednej z głównych przyczyn obniżenia płodności u kobiet - donosi najnowszy numer czasopisma „Archives of Internal Medicine”. • **Cytat miesiąca:** „To ja to pieprzę!” (minister zdrowia Z. Religa) „Mam swój honor. Już raz podałem się do dymisji. Ale jak chcecie mnie rozliczać za pomylenie ampułek, to ja to pieprzę! Nie chcę być ministrem” - powiedział w rozmowie z „Dziennikiem” w sprawie afery z Corhydronem minister zdrowia Zbigniew Religa.

Goniec Medyczny jest elektronicznym biuletynem informacyjnym, wysyłanym bezpłatnie raz w tygodniu na ponad 100 000 kont poczty elektronicznej polskich lekarzy i innych pracowników medycznych, zarejestrowanych w portalu Esculap.pl

Esculap.pl to portal medyczny, zawierający pełne teksty artykułów z kilkunastu polskich czasopism medycznych, bazę leków Pharmindex, giełdę pracy dla lekarzy oraz giełdę używanego sprzętu medycznego i podręczników. Współpracujemy z kilkunastoma towarzystwami naukowymi i uczelniami medycznymi oraz największymi polskimi wydawnictwami. Dostęp do wszystkich materiałów w portalu jest bezpłatny i wymaga jednorazowej rejestracji. Dodatkowo istnieje możliwość błyskawicznego założenia własnego konta poczty elektronicznej i strony WWW

Serdecznie zapraszamy

lek. Jarosław Kosiaty
redaktor naczelny portalu Esculap.pl
Dendrite International
www.esculap.pl
e-mail: jkosiaty@esculap.pl

Szkoła krakowska

Kiedy w 1905 r. Antoni Cieszyński kończył na uniwersytecie monachijskim studia dentystyczne w Krakowie sławą i uznaniem cieszył się już Wincenty Łepkowski.

W studiach wyprzedzał Cieszyńskiego o 20 lat. Odbił je w latach 1891-1892 w Berlinie i w Paryżu. W roku 1892 zaczął już pracę dydaktyczną pod kierunkiem prof. Rydygiera na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1896 r. habilitował się, a rok później Ministerstwo Wyznań i Oświaty w Wiedniu (działo się to w czasach monarchii habsburskiej) mianowało go docentem.

Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego nie miał wtedy zakładu dentystycznego. Jego utworzenie stało się nagłą potrzebą, ponieważ od 1899 r. na studiach lekarskich wszystkich uniwersytetów austriackich wprowadzono dla studentów obowiązek wykładów i zaliczeń z dentystyki.

Biograf Łepkowskiego, Bolesław Piękoś, odnalazł w archiwum UJ dokumenty mówiące, że w 1902 r. uczony, chcąc podnieść rangę organizującego się zakładu dentystycznego, podarował mu mikroskop Zeissa, aparat do podawania gazu rozweselającego, stołek operacyjny, wiertnicę oraz inne przyrządy dentystyczne i bibliotekę.

W 1903 r. Łepkowski objął kierownictwo Instytutu Stomatologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Krakowski Instytut Stomatologiczny, podobnie jak to było we Lwowie, prowadził studia specjalistyczne dla absolwentów medycyny ogólnej.

Na początku 1904 r. otrzymał tytuł profesora. Odtąd, poprzez wydarzenia wojenne 1914-1918, a zwłaszcza okres II Rzeczypospolitej, z jego nazwiskiem związana będzie historia rozwoju stomatologii na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Wincenty Łepkowski w 1928 r., z niezwykłą skromnością, charakteryzował swoje dokonania.

W roku 1903 w Rynku Głównym otwarty został pierwszy Instytut Stomatologiczny, nazwany w on czas uniwersyteckim ambulatorium dentystycznym. Skromny ten instytut stał się w krótkim czasie, wobec dużej frekwencji

sluchaczy i pacjentów, tak szczupłym i niewystarczającym, i nie odpowiednim do spełniania swojego zadania, a dalej tak źle uposażonym, że podjąłem jak najusilniejsze starania u rządu austriackiego, mając na myśli budowę gmachu odpowiedniego. Szerokie plany pomieszczenia wszystkich trzech oddziałów, a nawet śmiałość aby zyskać kilka łóżek dla chorych stałych. Podania szły za podaniami. Marzenia moje się nie ziściły i uzyskaliśmy zaledwie to, co dziś posiadamy, tj. instytut w bardzo skromnych ramach, do którego rok rocznie coś przybywa, coś się ulepsza, coś naprawia, ale na razie nie ma mowy o tym, co być powinno, tj. o instytucie, któryby wystarczył dla pomieszczenia licznych słuchaczy, jacy uczęszczają i tej liczby pacjentów, jacy przybywają.



Wincenty Łepkowski umiał jako profesor i wychowawca zaszcześcić „zapał i zamięłowanie” swoim uczniom. To z jego szkoły, z Instytutu Stomatologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego wyszli: Aleksander Ruczką, Jerzy Drozdowski, Ludwik Sieppel, Stanisław Nowicki i inni.

Skromny w opisie swoich dokonań na uczelni, Łepkowski potrafił być człowiekiem przedsiębiorczym w praktyce prywatnej. Biograf odnotował, że uczony miał gabinet prywatny, który był uzupełnieniem Instytutu Stomatologicznego.

Zakład prywatny W. Łepkowskiego uzupełniał swoimi urządzeniami Instytut Stomatologiczny, dając do dyspozycji pracowników techniczno-dentystyczną, gabinet roentgena oraz gabinet do leczenia zachowawczego. Pracownia techniczno-dentystyczna prywatnego zakładu W. Łepkowskiego wykonywała usługi dla chorych szpitalnych bezpłatnie. Od początku swego istnienia placówka ta wykonywała często z własnego materiału różnego rodzaju prace i aparaty, których ze względu na brak sił fachowych oraz zbyt ubogie wyposażenie Instytutu Stomatologicznego wykonać nie było można.

W swoim Instytucie Stomatologicznym na uniwersytecie i w swoim prywatnym gabinecie Łepkowski był przede wszystkim praktykiem. Nawet w pracach naukowych, które opublikował, przesłanie praktyczne góruje nad nowatorstwem. Uprawiał stomatologię bardzo rzetelną, opartą na fachowej wiedzy ogólnolekarskiej. Tę wiedzę teoretyczną i praktyczną cenił najwyżej. Z niej uczynił przesłanie, w którym charakteryzował swój ideał lekarza specjalności stomatologicznej.

W Austrii typ lekarza dentysty nie istnieje. Specjalistami są lekarze wszech nauk lekarskich i prawomocnie oni jedni są uprawnieni do wykonywania praktyki dentystycznej.

Te wygórowane wymagania klóciły się i z polską rzeczywistością, i z potrzebami objęcia powszechną opieką dentystyczną milionów ludzi, i z faktem, że Instytuty Stomatologiczne w Krakowie i we Lwowie kształciły po kilkanaście osób, a Państwo-wy Instytut Dentystyczny w Warszawie wypuszczał co roku 150 lekarzy dentystów.

Przemawiając w 1928 r. na III Polskim Zjeździe Stomatologicznym w Krakowie Łepkowski przyznał się, że przed 10 laty, u zarania II Rzeczypospolitej sam – swoim zbyt łagodnym sprzeciwem – przyczynił się do podtrzymania egzystencji tej „rządowej szkoły zawodowej”.

Poważne zebranie, w jakim uczestniczyłem w ministerstwie zdrowia, oświadczyło się za utworzeniem instytutu dentystycznego w Warszawie, a więc za rzą-

dową szkołą zawodową. Tłumaczono, że będzie to tylko prowizorium, wykazywano, że robi się to tylko dlatego, aby na razie uczynić zadość zapotrzebowaniu dentystów. Mimo mojej usilnej opozycji, która przemawiała za tworzeniem instytutów stomatologicznych przy uniwersytetach, celem kształcenia ukończonych lekarzy specjalistów stomatologów, zostałem przegłosowany, a instytut został otwarty. Z tą chwilą dentystyka w Polsce stanęła na platformie kształcenia lekarza-dentysty i stąd pochodzącego pewnego separatyzmu między dentystyką, a kierunkiem wykształcenia ogólnolekarskim.

Wspólnie z Antonim Cieszyńskim był organizatorem sekcji stomatologicznych na Zjazdach Lekarzy i Przyrodników Polskich. W uzupełnieniu tych prestiżowych zjazdów polskiej elity lekarskiej – organizowali oni Polskie Zjazdy Stomatologiczne. W 1928 r. odbył się w Krakowie III Zjazd, na którym Wincenty Łepkowski sformułował – w imieniu Krakowa i Lwowa – program kształcenia lekarzy o specjalności stomatologicznej.

Pierwszym postulatem są dobrze wyszkoleni ludzie, i to nie zawodowi dentyści, ale lekarze, którzy dentystykę jako specjalność sobie obrali.

Drugi postulat to pieniądz, którego zdobycie musi leżeć w pierwszej linii w poparciu ze strony rządu, województwa, starostwa, gminy, szkoły, rodziców, w czym wszystkim odzwierciedla się kultura, bo jedynie po linii tej, a nie innej dojdziemy do celu.

Trzecim postulatem jest łączność, przez którą rozumieć musimy sprzężność wszystkich czynników, sprawność i praktyczność zarządzeń, dobrą komunikację nie tylko dla potrzebnych papierów, aktów i statystyk, ale możliwość dojazdu wszędzie tam, gdzie są ludzie, gdzie szkoły, aby myśl wprowadzić w czyn, który ma być czynem w prawdziwym tego słowa znaczeniu.

Te mało realne, maksymalistyczne postulaty Łepkowski okraszał swą mądrością i życzliwością dla adeptów stomatologii.

Specjalizacja i wszechstronne jej opanowanie zależą jednak musi od zdolności, od pracy, a przede wszystkim od zapału i zamięłowania do danego przedmiotu. Kto ma zdolności, zapał i zamięłowanie – będzie zawsze tegim w zawodzie, kto tych danych nie posiada – musi z natury rzeczy ustąpić innym.

Z.W.

Od „ambulatoriów” do lekarza domowego

Zygmunt Wiśniewski

Między dwiema placówkami: domowym gabinetem i przychodnią, rozgrywał się konflikt wokół organizacji służby zdrowia w II Rzeczypospolitej.

Kiedy w 1925 r. prof. Adam Karwowski z Poznania straszył lekarzy warszawskich kasami chorych (patrz: „Strach przed Krankenkasami”, GL nr 12/2005), jako przykład wynaturzenia leczenia używał „ambulatoriów”, czyli przychodni. Idealne do prowadzenia opieki lekarskiej były, według niego, zaciszne domowe gabinety lekarskie.

Kiedy w 1934 r. Jerzy Paciorkowski, minister opieki społecznej, wprowadził instytucję lekarza domowego, przyjmującego pacjentów w domowym gabinecie – krytycy głosili wyższość przychodni, czyli „ambulatoriów” nad gabinetami.

Kogo dotyczył spór o ambulatoria?

Odpowiedź, że spór dotyczył lekarzy kas chorych, jest prawdziwa, ale zarazem na tyle niepełna, że zamazuje ob-

raz sytuacji. Jest tak dlatego, że podział na lekarzy „prywatnych” i „kasowych” jest nieprawdziwy. W tej grupie, którą chcielibyśmy widzieć jako lekarzy „prywatnych”, większość jest właśnie zatrudniona na tzw. posadach. Z najbardziej udokumentowanego opracowania o polskich lekarzach, „Stan lekarski” Antoniego Cieszyńskiego, którego dane pochodzą z 1926 r., dowiadujemy się, że na 8804 lekarzy – 5344 jest zatrudnionych przez różnego rodzaju instytucje: wydziały lekarskie uniwersytetów (577), wojsko (669), administrację rządową (274), szkolnictwo (253), koleje państwowe (501), szpitale (1447) i, dla dopełnienia obrazu, przez kasy chorych (1523). Jeśli do lekarzy kas chorych zaliczymy także tych, pracując na etatach, jeszcze dorabiają w kasach chorych, to otrzymamy liczbę 2293 lekarzy „kasowych”. W stosunku do ogólnej liczby lekarzy – jest to 26%. Natomiast leka-

rzy pozostających w ogóle poza zorganizowanymi formami zatrudnienia jest tylko 3460, czyli 39%.

W połowie lat dwudziestych poruszać się więc będziemy w podanych za Cieszyńskim liczbowych i procentowych realiach.

Na początku lat dwudziestych, kiedy tworzono zręby organizacyjne służby zdrowia, Polska była podzielona na „wschód” i „zachód”. „Wschód”, czyli dawny zabór rosyjski, był zacofany i pozbawiony nowoczesnej organizacji leczenia. Nowoczesną organizację leczenia miały ziemie byłych zaborów pruskiego i austriackiego. W Małopolsce i Galicji, obok lekarzy domowych, znane były ambulatoria. W Wielkopolsce i na Pomorzu, pozanictwem przyfabrycznym, utrzymywała się tradycja gabinetów prywatnych. W Polsce centralnej i na Kresach, poza wielkimi miastami, do lekarza było daleko. Przyjmował u siebie w gabinecie lub wyjeżdżał do pacjenta dorożką. Był to teren nie posiadający ukształtowanej struktury leczenia. Organizatorzy polskiej służby zdrowia zdecydowali rozwijać tu, wraz z wprowadzaniem kas chorych, system ambulatoryjny.

Od początku istniała opozycja: gabinety prywatne w Polsce zachodniej i „ambulatoria”, zwane z czasem przychodniami, w pozostałej części kraju. Jeśli więc śledzi się zmiany organizacyjne służby zdrowia, to w czystej, ustawowej formie występować one będą w Polsce centralnej i wschodniej.

Komu wadziły ambulatoria?

Przeciwko ambulatoryjnym formom leczenia opowiedzieli się lekarze wielkopolscy, którym przewodził Adam Karwowski. Utożsamiano je z niszczącą dla etosu lekarskiego działalnością



Związek Lekarzy Polski Zachodniej, kierowany przez prof. Adama Karwowskiego (na zdjęciu w środku, w otoczeniu współpracowników) przyjął konfrontacyjny wobec kas chorych program rozwoju polskiej służby zdrowia. Zapoczątkowana przez lekarzy poznańskich walka lekarzy „gabinetowych” z zatrudnianymi przez kasy chorych lekarzami „ambulatoryjnymi” zaciążyła niekorzystnie na opiece zdrowotnej okresu II Rzeczypospolitej.

kas chorych. Powstały z inicjatywy środowiska poznańskiego Związek Lekarzy Polski Zachodniej (później Związek Lekarzy Państwa Polskiego) – głosząc walkę z kasami chorych – w praktyce sprowadzał ją do obrony leczenia w gabinetach prywatnych, zagwarantowania godziwych stawek za leczenie i wpływów lekarskich, a zwłaszcza związkowych na decyzje podejmowane w kasach chorych. Okraszone to było retoryką o kontynuacji wolnego zawodu lekarza.

ZLPP wysuwał wymienione postulaty w imieniu całego środowiska lekarskiego, a więc także lekarzy b. zaboru rosyjskiego, ale zadbał zwłaszcza o zabezpieczenie własnych interesów dzielnicowych.

Polska zachodnia oparła się rozwojowi ambulatoriów. Sprzyjała temu tradycja i zasobność lekarskich mieszkań w Poznańskim i na Pomorzu. Własny gabinet zapewniał psychiczne poczucie pracy na swoim, co było substytutem wolnego zawodu lekarza, stanowił też wysoki próg przed wścibstwem i ingerencją administracji kas chorych.

Inne, także wiarygodne źródło: „Przewodnik po pierwszej ogólnopolskiej wystawie kas chorych” z 1925 r., podaje, że lekarze kas chorych w całej Polsce mieli do swej dyspozycji 312 ambulatoriów, a w nich 689 gabinetów. Przypomnijmy: w 1926 r. tych lekarzy kas chorych było 2293. Jeśli nawet przez dwa lata, dzielące te dwie informacje, liczba ambulatoriów wzrosła do 400, a liczba gabinetów do 800, to i tak dawały one miejsca pracy tylko co czwartemu lekarzowi. Większość, ok. 75% lekarzy przyjmowała we własnych gabinetach. System ambulatoryjny nie był więc powszechny, przeciwnie – był w mniejszości.

Tak było w całej Polsce. Podobnie było również w Polsce zachodniej, przez którą rozumiemy woj. poznańskie i pomorskie. Na terenie tym pracowało w owym czasie szacunkowo 1 149 lekarzy, wśród nich 302 (26%) lekarzy kas chorych. Mieli oni do swej dyspozycji 8 ambulatoriów dysponujących 66 gabinetami lekarskimi. Nie trudno wyliczyć, że 1 gabinet ambulatoryjny przypadał na mniej niż 5 lekarzy. Nie liczba ambulatoriów zaniepokoiła więc poznańskie kierownictwo Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Chodziło o zarobki, a zwłaszcza o system honorowania w ambulatoriach.

ZLPP, w imieniu lekarzy kas chorych przyjmujących pacjentów we własnych gabinetach, zawarł z kasą chorych umowę o punktowym wyliczaniu kosztów porady lekarskiej. Była ona korzystna dla lekarzy i pozwalała osiągać porównywalnie wysokie zarobki. W ambulatoriach natomiast obowiązywały stawki ryczałtowe, i lekarze w nich zatrudnieni zarabiali porównywalnie znacznie mniej. Niechęć do ambulatoriów była więc uzasadniona finansami.

Chciany i nie chciany system lekarza domowego?

System organizacyjny kas chorych, który wykształcił się w drugiej połowie lat dwudziestych, wzbudzał niezadowolenie i wśród ubezpieczonych, i wśród lekarzy. W kasach chorych wywoływał coraz większe obawy o załamanie finansowe ze względu na rosnące wydatki zasiłków chorobowych. Ubezpieczeni czuli się pacjentami drugiej kategorii, lekarze przekroczyli próg zubożenia. Kasy chorych nie wytrzymywały nakierowanej na nie powszechnej krytyki. Władze w końcu lat dwudziestych podjęły więc przygotowania do reorganizacji lecznictwa.

Chodziło o przeorientowanie całego ustroju służby zdrowia, a zwłaszcza o zintegrowanie rozczłonkowanych między różne resorty decyzji w sprawach ochrony zdrowia, które następowało od czasu likwidacji w 1923 r. ministerstwa zdrowia publicznego. Integralną częścią zmian miała być reorganizacja ubezpieczeń społecznych.

Zmiany organizacyjne w służbie zdrowia wprowadzano etapami, począwszy od ustawy ubezpieczeniowej z marca 1928 r., skończywszy na wprowadzeniu lekarza domowego w 1934 r.

Ustawą z 1928 r., obowiązującą od 1 stycznia 1929 r., zlikwidowano kasy chorych, a w ich miejsce wprowadzono ubezpieczalnie społeczne. Uporządkowanie organizacyjne polegało zwłaszcza na wydzieleniu ubezpieczeń zdrowotnych od pozostałych działów ubezpieczenia. Zabieg ten pozwalał na czytelne policzenie wpływów i kosztów lecznictwa ubezpieczeniowego.

Decyzją wieńczącą zmiany w opiece lekarskiej kas chorych było wprowadzenie w końcu 1934 r. lekarza domowego – który stał się podstawowym ogniwem podstawowej opieki zdrowotnej.



Kasy chorych były na gruncie polskim tworem niechcianym, wprowadzonym w Sejmie przez posłów orientacji lewicowej, bez konsultacji z ministrem zdrowia i środowiskiem lekarskim. Grzeszyły od początku rozbudowaną administracją i brakiem troski o lekarzy. W 1926 r., kiedy zebrali się nad nimi czarne chmury, usiłowały się bronić propagandowo, organizując wystawę swoich osiągnięć. Na wystawie pokazywano osiągnięcia na planszach tzw. krzywych wznoszących.

Większość dotychczasowych doświadczeń, zebranych w okresie funkcjonowania kas chorych, wskazywała, że lekarz domowy, zwany także środowiskowym, będzie najlepszym rozwiązaniem organizacyjnym dla podstawowej opieki lekarskiej w ubezpieczalniach. Decyzję o jego wprowadzeniu poprzedziło doświadczenie zastosowanie tego systemu w dzielnicach Warszawy i Łodzi. Eksperyment ten przyniósł obiecujące rezultaty, minister opieki społecznej, J. Paciorkowski, który działał arbitralnie, nie widział więc przeciwwskazań dla jego wprowadzenia w całej Polsce.

Decyzja ministra opieki społecznej trafiła na dobry grunt w woj. zachodnich, gdzie obowiązywał, jako większościowy, system prywatnych gabinetów, w których przyjmowali lekarze zatrudniani i rozliczani ze swej pracy przez ubezpieczalnie (wcześniej kasy chorych). W woj. centralnych, wschodnich i południowych w okresie kas chorych nastąpiła rozbudowa ambulatoriów, czyli placówek

dokończenie na str. 30

Zjazdy koleżeńskie

Wydział Lekarski AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rocznik 1977

Zjazd z okazji XXX rocznicy ukończenia studiów w dn. 8-10.06.2007 r. w Hotelu LAS w Piechowicach. Opłata za uczestnictwo 450 zł. Organizatorzy: Anna Bartnik, Jolanta Kasperkiewicz, Magda Rudnicka, Danuta Sidor i Andrzej Bugajski. *Korespondencję prosimy kierować do kol. Andrzeja Bugajskiego, e-mail: a.bugajski@biurosystel.com.pl lub tel. 0602-583-335.* Komunikat nr 1 zostanie rozesłany do wszystkich zainteresowanych spotkaniem.

Wydział Lekarski ŚIAM w Katowicach, rocznik 1971-77

W dn. 15-17.06.2007 r., z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów, odbędzie się zjazd koleżeński w hotelu Willa Verde w Zawierciu. *Kontakt organizacyjny: Grażyna Cebula-Kubat, tel. 034-365-75-63 lub 0605-214-260; Ewa i Grzegorz Góral, tel. 032-224-25-35, 0602-364-167; Marcin Szyszkowski, tel. 033-852-27-05.*

Wydział Lekarski AM w Białymstoku, rocznik 1976-1982

Zapraszamy na obchody 25-lecia uzyskania dyplomu lekarza. 21-22.04.2007 r. Giżycko - hotel „Europa”. Koszt uczestnictwa 300 zł, nr konta 38-1140-2004-0000-3502-4477-7867 (nazwa Włodzimierz Połubiński), dopisek „Zjazd Roku”. Termin zgłoszeń i wpłat do 28.02.2007 r. Szczegóły: *Włodzimierz Połubiński, tel. 0601-299-716, Bogdan Młynarczyk, tel. 0501-632-461.*

Koleżanki i Koledzy Absolwenci AM w Warszawie z dyplomem lekarza medycyny uzyskanym w roku 1957

Z okazji uroczystej odnowy dyplomu lekarza (50 rocznicy uzyskania dyplomu) są zaproszeni na ceremonię organizowaną przez JM Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 16.06.2007 r. Aby nikt nie został pominięty przy sporządzaniu odnowionych dyplomów prosimy: 1. Podaj swój aktualny adres, telefon lub inne dane dla nawiązania z Tobą kontaktu; 2. Podaj nr dyplomu, datę ukończenia studiów i datę otrzymania dyplomu. Termin zgłoszenia upływa 31.01.2007 r. z uwagi na konieczność przygotowania dyplomu przez rektorat; 3. Zadeklaruj swój udział ew. wraz z osobą towarzyszącą w spotkaniu towarzyskim zaraz po ceremonii oficjalnej. Kwotę opłat ustalono na 150 zł od uczestnika, 130 od osoby towarzyszącej. Wpłaty należy dokonać od dnia 1.02.2007 r. na konto: Polskie Towarzystwo Lekarskie, Zarząd Główny, Nr 84 1160 2202 0000 0000 2820 5146, z dopiskiem „Opłata za udział w 50-leciu dyplomu”. Termin wpłaty upływa 31.03.2007 r.; 4. Dla osób w sytuacji wyjątkowej przewidziano zniżki, ew. zwolnienie z opłat, po porozumieniu się z organizatorami; 5. Zgłoszenia potraktuj jako sprawę ważną i bardzo pilną! *Adres do korespondencji: Biuro Zarządu Głównego, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Al. Ujazdowskie 22, 00-478 Warszawa, tel. 022-628-86-99, e-mail: ptl@interia.pl*

Zjazdy koleżeńskie w Internecie

www.absolventus.pl

Serwis pomoże Państwu zorganizować zjazd absolwentów. Przyjazny układ i ergonomiczna budowa umożliwiają szybkie wyszukanie informacji oraz dodanie informacji o nowym zjeździe.

Hilfe für Polen

Rusza kolejna akcja stypendialna tej fundacji na rok 2007. Przewodnicząca fundacji pani Wiltrud Wessel ogłasza nabór na miesięczny pobyt w październiku przyszłego roku w priorytetowych klinikach w Bawarii.

Termin składania wniosków: 15.03.07 r. Wnioski można odebrać, a także uzyskać bliższe informacje w sekretariacie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (Poznań, Nowowiejskiego 51), która jest koordynatorem akcji ze strony polskiej. Życzeniem fundacji jest, aby stypendia przeznaczone były dla lekarzy medycyny do 40 r.ż., posiadających nie wielkie doświadczenie zawodowe i zatrudnionych w publicznych ZOZ-ach.

Od „ambulatoriów” do lekarza domowego

REKLAMA

dokończenie ze str. 29

opieki zdrowotnej. Obrońcy tych placówek zgłosili sprzeciw wobec ich likwidacji. Rozgorzał spór, w którym uczestniczyły izby lekarskie, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i prasa lekarska.

Na dyskusję o formie leczenia nałożył się ostry kryzys gospodarczy, który boleśnie dotknął wszystkich lekarzy, najbardziej chyba lekarzy kas chorych.

Jak argumentowały swój sprzeciw izby lekarskie?

Naczelna Izba Lekarska była decyzją o wprowadzeniu lekarza domowego zaskoczona. W czasie audiencji w Ministerstwie Opieki Społecznej w ostatnim dniu listopada 1934 r. delegacja NIL pod przewodnictwem wiceprezesa M. Michałowicza poprosiła o dwutygodniową zwłokę na zajęcie stanowiska. Według dokumentów, przedstawionych w czasie tego spotkania, Zarząd NIL powinien zająć stanowisko do połowy listopada.

Co się wydarzyło, co nie pozwoliło NIL ustosunkować się w porę do zamierzeń ministra?

Powód był bardzo istotny – Zarząd NIL przeżył wstrząs związany z dymisją prezesa W. Chodźki. W. Chodźko zaakceptował w końcu 1933 r. projekt reorganizacji lecznictwa w ubezpieczalniach społecznych, zwany „wytycznymi dla lekarzy kas chorych”. Otrzymał na tę zgodę placet naczelników okręgowych izb lekarskich. Kiedy jednak doszło do wprowadzenia „wytycznych” w życie, kasy chorych wewnętrznym okólnikiem zmieniły intencję uzgodnionych zmian. Poczynając od Krakowskiej Izby Lekarskiej, wszystkie okręgowe izby lekarskie (poza Warszawsko-Białostocką, kierowaną przez prof. W. Szejnacha) kolejno opowiedziały się przeciw decyzji Chodźki. W powstałej sytuacji W. Chodźko podał się do dymisji i od lata 1934 r. w pracach NIL już nie uczestniczył. Obowiązki prezesa przejął w zastępstwie wiceprezes, prof. M. Michałowicz.

Naczelna Izba Lekarska opracowała w krótkim czasie krytyczne stano-

wisko wobec wprowadzenia lekarza domowego.

Pod pojęciem lekarza domowego Naczelna Izba Lekarska rozumiała lekarza obsługującego powierzonych jego opiece ubezpieczonych w ordynacji ambulatoryjnej, gabinetowej i w domu chorego z zachowaniem ciągłości leczenia, przyjmując za podstawę należyte stosowanie pomocy specjalistycznej.

Wprowadzany obecnie typ „lekarza domowego” nie odpowiada wzorowi „lekarza domowego” w ujęciu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przerzucanie całego prawie lecznictwa i całej profilaktyki na barki pojedynczego lekarza, mieszkającego w wyznaczonym rejonie i ordynującego w swoim gabinecie, słuszne, a nawet konieczne na wsi i w małych miasteczkach, jest nieuzasadnione, a nawet szkodliwe w większych miastach.

System ten jest niebezpieczny dla ubezpieczonych jak i dla lekarzy.

Gabinet prywatny i mała zwykle poczekalnia w przeciętnej kamienicy wielkomiejskiej nie nadają się zupełnie do jednoczesnego przyjęcia kilkudziesięciu interesantów i chorych wraz z towarzyszącymi im osobami, oraz do najprymitywniejszego wydezynfekowania po godzinach przyjęcia.

Argumentacja NIL, trafna z sanitarnego punktu widzenia, abstrahowała od faktu, że poza ambulatoriami (przychodniami) lekarze gabinetowi praktykowali w takich właśnie, jak skrytykowane, warunkach. Alternatywą był, krytykowany do niedawna przez izby lekarskie, a zwłaszcza przez ZLPP, „system ambulatoryjny”. Naczelna izba nie dostrzegała też faktu, że system ambulatoryjny kosztował znacznie więcej od gabinetowego, jego rozwój został wstrzymany, a na dalszą rozbudowę brakowało funduszy. Przyjęty system lekarza domowego był więc rozwiązaniem oszczędnościowym, na które stać było państwo odpowiadające za niewydolne finansowo ubezpieczalnie społeczne. Ubezpieczalnie, w warunkach kryzysu i załamania się gospodarki, nie zarabiała na swoje utrzymanie.

Zygmunt Wiśniewski

REKLAMA

WYKAZ OBYWATELI, KTÓRZY UDZIELAJĄ POPARCIA PROJEKTOWI USTAWY O ZASADACH FINANSOWANIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORAZ O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW



Lp.	Imię (imiona) i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)	Numer ewidencyjny PESEL	Podpis
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Żywiecki lekarz Sebastian Kawa od 2003 r. wygrał wszystkie najważniejsze zawody szybowcowe, w których uczestniczył. Czterokrotnie zdobywał tytuł mistrza świata oraz mistrza Europy. W 2005 r. uznano go najlepszym pilotem szybowcowym świata, a ubiegłoroczne zwycięstwo w mistrzostwach świata umocniło go na pierwszej pozycji światowej listy rankingowej FAI.

Oprócz bogatych doznań estetycznych swobodne latanie bez silnika dostarcza też wielu emocji, zwłaszcza gdy do zmagania z siłami mocarnego i obcego przecież człowiekowi żywiołu dojdzie rywalizacja sportowa. Sebastian uprawiał najpierw żeglarstwo i osiągnął w nim poziom międzynarodowy.

Niepospolity talent to zaledwie zaatek na sukcesy w sportach technicznych, a szczególnie w szybownictwie. Oprócz iskry bożej, perfekcyjnego pilotowania maszyny, odwagi i wielu, wielu przymiotów, które sprawiają, że ktoś jest lepszy od rywali, trzeba mieć jeszcze odpowiednie środki techniczne i finansowe.

Złoty medal mistrza świata zdobyty w lipcu 2006 r. we Francji był wykuwany w wyjątkowo trudnych warunkach, bo w Wysokich Alpach. Już samo zapuszczanie się na aparacie latającym bez silnika w tę krainę orłów jest wielką próbą charakteru i umiejętności pilota, a ściganie się z innymi wśród niebosiężnych skał, gdzie trudno marzyć o możliwości bezpiecznego lądowania w wypadku błędu, jest poważnym wyzwaniem losu.

Jakby tego było mało, ten zakątek Europy upodobały sobie w okresie zawodów gwałtowne burze i niemal codziennie nękały zawodników zamykając chmurami przełęcze, grodząc doliny kaskadami deszczu i miotając delikatnymi szybowcami wśród załomów skalnych.

Latanie górskie jest niezwykle trudne, niebezpieczne i przez to jest domeną pilotów mających codzienny dostęp do wysokich, skalistych gór, bo ogromna jest skala zjawisk rządzących lataniem, jakich nie spotka się w terenie płaskim, a każde góry mają swoją specyfikę. W Polsce nie ma warunków do tego, by nauczyć się latania w tak specyficznych warunkach, ale sukces Sebastiana nie był dziełem przypadku. Nim porwał się na wysokie szczyty, poznał dobrze latanie w niższych górach.

Wygrał kilkakrotnie zawody Euroregionu Beskidy, zawody Pribina Cup i mistrzostwa Europy oraz świata roz-

grywane w Słowacji, wygrał mistrzostwa świata w Norwegii. Latał w górach Guadarama podczas przygotowań do lotniczej olimpiady w Hiszpanii, a wracając z niej wzbili się też parę razy w Apeninach. Jesienią 2005 r. wygrał w Alpach mistrzostwa świata w wyścigach szybowcowych, a w styczniu 2006 skorzystał z zaproszenia Aeroklubu Nowej Zelandii do udziału w elitarnych wyścigach, które zorganizowano wśród pięknych, lecz pełnych pułapek, dzikich gór Wyspy Południowej.

Nasz pilot udowodnił, że nie przez przypadek jest liderem światowej listy rankingowej pilotów. Już w pierwszym przelocie stawili czoła huraganowym wiatrom znad Morza Tasmańskiego i w kilka godzin wykonał 1000-kilometrowy „spacer” wśród bazaltowych gór. Podczas tych trudnych, niezwykle interesujących zawodów, transmitowanych bezpośrednio przez TV, wielu ludzi z antypodów za sprawą naszego pilota dowiedziało się, że Polska należy do grupy państw cywilizowanych – bo tylko takie liczą się w tym sporcie.

Podkreślić trzeba, że choć jest lekarzem, wygrywa z profesjonalistami, a na latanie poświęca tylko swoje urlopy



Tyłu medali z mistrzostw świata żaden szybownik nie zdobył w tak krótkim czasie

i czas wolny od pracy. W jesiennej sesji zdał pomyślnie egzaminy specjalizacyjne z położnictwa i ginekologii, ale... skończyła się rezydentura i jest bez pracy. To już jednak szara, naziemna rzeczywistość.

Tomasz Kawa



Sebastian w Alpach na polskim szybowcu Brawo

• data, miejsce – organizator – nazwa imprezy

- **Każda I-sza niedz. mies. (18.00)** – Klub Lekarzy OIL w Białymstoku, Anna Jakubowska, tel. 0694-293-279, madaman@poczta.onet.pl, ul. Makowa 26, 18-400 Łomża – **Spotkania z poezją, prozą i malarstwem**
- **13 I**, Radziechowy – dr Maciej Pajkowski, tel. 0602-177-857, ul. Leśna 16, 34-381 Przybędza – **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym**
- **14 I**, Wisła Stożek – Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, 43-474 Koniaków 668 – **V Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim**
- **21-26 I**, Klub Lekarzy OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3 – dr Andrzej Świąs, przew. Kom. Kultury ORL w Łodzi, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. 042-683-17-91, fax: 042-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl – **V Ogólnopolska Wystawa Malarska Lekarzy**
- **7 I**, Drzonków – Woj. Ośr. Sportu i Rekreacji, Józef Safian, tel. 0601-511-361, ul. Hiszpańska 12, 65-941 Zielona Góra – **VIII Regionalny Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy**
- **23-25 II**, Bystre k. Baligrodu, woj. podkarpackie – dr Maria Szuber - KTIS OIL w Rzeszowie, 017-853-58-37, tel. 0515-170-815, e-mail: mszuber55@wp.pl – **X Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim „Bystre 2007”**
- **2 III** (18.00), Klub Lekarzy OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3 – dr Barbara Szeffer-Marcinkowska, tel. 042-683-17-91, 042-686-28-10, e-mail: bsm20@wp.pl – **VII Ogólnopolska Biesiada Literacka**
- **2-4 III**, Krynica Zdrój – Tadeusz Frączek, ul. Kraszewskiego 130a, tel./fax 018-471-39-94, 0602-701-692, e-mail: TAHASK@wp.pl, ul. Kraszewskiego 130a, 33-380 Krynica Zdrój – **X Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim**
- **3-5 III**, Stalowa Wola – OIL Rzeszów, Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, Alfred Micak, tel. 0603-927-870, Jacek Kowal, tel. 0502-391-818 – **IX Halowe Mistrzostwa Polski w Tenisie**
- **8-11 III**, Zakopane – dr Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-275, 018-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl, dr Jacek Tętnowski, tel. 0607-240-938, drjacek@su.krakow.pl – **II Zimowe Igrzyska Lekarskie**
- **8-11 III**, Nowy Targ – dr Maciej Jachymiak, tel. 0-606340275, 018-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl – **Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym**
- **18 III**, Toruń – dr Aleksander Skop, Kuj.-Pom. OIL, tel. 0604-267-343, email: skalek@poczta.onet.pl – **III Mistrzostwa Torunia Lekarzy w Tenisie Stołowym**
- **1 IV**, Bukówiec Górny – Tow. Gimnastyczne „Sokół” w Bukówcu Górnym, 64-140 Włoszakowice, ul. Powstańców Wielkopolskich 124 i WIL - Delegatura w Lesznie, lek. Leszek Warczak, tel. 0601-754-720, ul. Belgijska 21, 64-100 Leszno – **XXII Bieg Sokoła, X Mistrzostwa Polski Lekarzy**
- **20-22 IV**, Łódź – Bogusław Rataj, 0602-574-099, ul. Szkolna 32, 93-362 Łódź – **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej**
- **20-21 IV**, Debica, Basen MZOIW, ul. Piłsudskiego 19 – Janusz Bieniasz, tel. 0604-090-587 – **III Mistrzostwa Lekarzy w Pływaniu**
- **28 IV**, Czernica k. Jeleniej Góry – Cezary Krzywicki, tel. 0603-411-982 – **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie**
- **2-3 V** lub **I-szy weekend IX**, Łeba – dr Brunon Hokus, tel. 059-866-15-78, Wróblewskiego 3, Łeba – **Windsurfing dla lekarzy** (coroczne Grand Prix)
- **19 V**, zastępczy **26 V**, Zielona Góra, ul. Sulechowska, Stadion MOSiR – dr Maciej Cerbiński, tel. 0601-790-707, ul. Braniborska 9/B, 65-213 Zielona Góra – **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych**
- **19 V**, zastępczy **26 V**, Łaziska Górne – dr Klaudiusz Komor tel. 0608-365-164 – **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym**
- **17-20 V**, Częstochowa, Częstochowski Klub Tenisowy „Victoria”, ul. 3-go Maja 1 – dr Lesław Rudziński, ul. Waszyngtona 42, Częstochowa, tel. 0601-913-381, Rita Idziak, tel. 034-368-18-88, fax 365-41-20, e-mail: czestochowa@hipokrates.org, poczta@cil.finn.pl, OIL w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42 – **V Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziarnego Lekarzy**
- **17-20 V**, zast. **24-27 V**, Ustroń, woj. śląskie – dr Jerzy Pabis, tel. 0605-569-065, ul. Franciszkańska 30 b/9, 41-819 Zabrze – **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich**
- **19 V**, Częstochowa – dr Tomasz Klimza, tel. 0691-488-383, ul. Legnicka 85A, 42-200 Częstochowa, Rita Idziak, tel. 034-368-18-88, fax 365-41-20, e-mail: czestochowa@hipokrates.org, poczta@cil.finn.pl, OIL w Częstochowie, ul. Waszyngtona 42 – **VI Ogólnopolski Jurajski Rowcowy Rajd Lekarzy – Częstochowa 2007**
- **26-27 V**, SMS w Łodzi, ul. Milionowa 12 i Nowy Targ – Mariusz Moroszyński, tel. 0505-121-832 – **Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej**
- **koniec V**, zast. **I poł. VI**, Bychawa-Pszczela Wola – OIL w Lublinie, KSIR, tel. 081-536-04-50, 536-05-50, dr Krzysztof Matras, tel. 0605-084-016, dr Mariusz Trus, tel. 0694-462-348, przew. KKS. dr Edward Woliński, tel. 0601-920-896 – **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym + imprezy współistniejące dla dzieci i młodzieży rodzin lekarskich**
- **15-17 VI**, Jezioro Dąbskie k. Szczecina – dr Halina Teodorczuk tel. dom 091-422-59-70, 0604-416-864, dr Halina Ey-Chmielewska, 0601-576-160, Zbigniew Hamerlak, 0601-422-893, Maciej Mrozeński, 0693-543-211 – **IV Mistrzostwa Polski Izby Lekarskich w Żeglarskiej klasie Omega**

- **3 VI**, Bielsko-Biała – dr Maciej Pajkowski, tel. 0-602 177 857, ul. Leśna 16, 34-381 Przybędza – **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km**
- **7-10 VI**, Olsztyn – Zbigniew Frenszkowski, tel. 0608-675-674, 089-527-74-32, Roman Żuralski, przew. KKIS WMIL w Olsztynie, tel. 0605-290-909 – **XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziarnym**
- **8-9 VI**, Niechorze – Maciej Mrozeński, 0693-543-211, Krzysztof Makuch, 0608-200-190 – **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej**
- **22-23 VI**, Amber Baltic Golf Club - Binowo Park Golf Club – M. Mrozeński, tel. 091-461-224, 0693-543-211, ul. Cedrowa 20/6, 70-776 Szczecin, Andrzej Szmít, tel. 0602-620-088 – **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie**
- **26 VI**, zastępczy **IX**, Radom lub Pułtusk – dr Anioł Strzyżewska, tel. 0600-362-792, przych. 022-864-91-30 (9.00-15.00), e-mail: krystynaaniol@a-gaster.pl, krystyna.aniol@insp.waw.pl, ul. Wrocławska 16 m. 39, 01-494 Warszawa – **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochr. Zdrowia w Ringo** (kategorie lekarek i lekarzy z podziałem na grupy wiekowe, pielęgniarek, prac. ochr. zdr., trójki rodzinne - rodzice i dziecko lub dwoje dzieci i jeden z rodziców)
- **28 VII - 5 VIII**, Muczne k. Ustrzyk Górnych, woj. podkarpackie – Alfred Orłowski, Maria Szuber, KTIS OIL w Rzeszowie, tel. 017-853-58-37, 0515-170-815 – **Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2007”**
- **6-12 VIII** zast. **12-19 VIII**, Turośnia Koscielna, Ośr. Szkol. OIL w Białymstoku – Anna Jakubowska, tel. 0-694 293 279, madaman@poczta.onet.pl, ul. Makowa 26, 18-400 Łomża – **Plener Malarski i Fotograficzny**
- **31 VIII - 2 IX**, Pabianice – dr Włodzimierz Dłubiński, tel. 0601-803-771, e-mail: wlodekzpabianic@op.pl, ul. Popławska 40/14, Pabianice – **III Ogólnopolski Zlot Motocyklowy Lekarzy „DoktorRiders”**
- **1 IX**, trwająca poszukiwania trasy – dr Maciej Pajkowski, tel. 0602-177-857, ul. Leśna 16, 34-381 Przybędza, dr Marek Paściak, tel. 0601-540-773, ul. Łużycka 62/6, 41-902 Bytom – **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim**
- **1-szy weekend IX**, Osie nad Wdą, Bory Tucholskie – dr Marek Jedwabinski, tel. 0601-993-222, e-mail: jedmar@ozzi.org.pl, dr Witold Hryniewicz, tel. 0602-734-424, e-mail: hrynice@logonet.com.pl – **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim**
- **5-9 IX**, Zakopane – dr Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-275, 018-266-78-04, jachymiak@poczta.onet.pl, dr Jacek Tętnowski, tel. 0607-240-938, drjacek@su.krakow.pl – **V Igrzyska Lekarskie**
- **8-9 IX**, Giżycko – Władysław Lipecki, OIL Olsztyn, tel. 089-539-19-29, fax 534-44-83 – **Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej**
- **9 IX**, zastępczy **16 IX**, Zielona Góra, ul. Zachodnia – lek. Józef Safian, tel. 0601-511-361, ul. Hiszpańska 12, 65-941 Zielona Góra – **XII Regionalny Turniej Tenisa Lekarzy**
- **22 IX**, Gniezno – Wlkp.IL, Wojciech Łącki, tel. 0602-244-817, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl, ul. Św. Michała 25, 62-200 Gniezno – **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie** (rozgrzewane w ramach XXX Biegu Lechitów)
- **22 IX**, Toruń – dr Aleksander Skop – Kuj.-Pom. OIL, tel. 0604-267-343, email: kalek@poczta.onet.pl, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń – **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy woj. kuj.-pom. w tenisie ziemnym**
- **28-30 IX** zast. **5-7 X**, Bogaczewo k. Morąga – dr Aleksander Skop, Kuj.-Pom. OIL, tel. 0604-267-343, e-mail: skalek@poczta.onet.pl, ul. Grudziądzka 115 d/8, 87-100 Toruń – **XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym**
- **29 IX**, Wieleń nad Notecią – lek dent. Tomasz Kaczmarek, tel. 0602-215-001, tomkolar@dostep.pl – **VI Ogólnopolski Maraton MTB Lekarzy w Kolarstwie Górskim „Michałki 2007”**
- **14 X**, Poznań – Wojciech Łącki, tel. 0602-244-817, e-mail: wojciechlacki@poczta.onet.pl, ul. Św. Michała 25, 62-200 Gniezno – **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie Poznań** (rozgrzewane w ramach 8 Maratonu Poznań)
- **X**, Mielec, Hala MOSiR, ul. Solskiego – dr Leszek Kołacz, tel. 0504-196-732, dr Zbigniew Bober, 0508-202-626 – **XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2007”**
- **X/XI**, Rzeszów – OIL Rzeszów, Klub OYAH Rzeszów, Barbara Surdej, tel. 0606-277-742, e-mail: barbara.s@wp.pl, Grzegorz Siteń, 0604-351-970 – **I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate „Rzeszów 2007”**
- **21-26 X 2006**, Klub Lekarzy OIL w Łodzi – dr Andrzej Świąs, przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi, tel. 042-683-17-91, fax: 042-683-13-78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl, ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź – **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w Obiektywie Lekarskim”**
- **XI**, Kielce – dr Zdzisław Kraśniewski, tel. 041-361-70-94, dr Dariusz Terlecki, tel. 602-274-695 – **IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Bilardzie**
- **9-11 XI**, Pabianice k/Łodzi, Hala MOSiR, Pabianice, ul. Grota Rowckiego 3 – dr Janusz Malarski, tel. 501-113-211, ul. Krańcowa 103, Łódź – **XI Ogólnopolski Międzynarodowy Turniej Tenisowy Lekarzy**

Zamówienia na medale co najmniej 21 dni przed terminem zawodów prosimy składać u Klaudiusza Komora, tel. 0608-365-164, e-mail: kkomor@hospital.com.pl

Przewodniczący Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL Jacek Tętnowski

Imprezy różne

Drodzy Chórzyści Członkowie Chóru AM w Białymstoku w latach 1951-2007

W dn. 11-12.05.2007 r. w Białymstoku odbędą się uroczyste obchody Jubileuszu 55-lecia istnienia naszego Zespołu. Naszym zamierzeniem jest zgromadzenie w tym terminie wszystkich Chórzystów śpiewających przez te lata i mających udział w sukcesach Chóru AMB.

Wszelkie informacje dotyczące Jubileuszu (terminy, wysokość opłaty uczestnictwa, numer konta, plan uroczystości oraz formularz zgłoszeniowy) będą dostępne na naszej jubileuszowej witrynie internetowej <http://chor.amb.edu.pl/jubileusz> oraz stronie głównej Chóru: <http://chor.amb.edu.pl>

Komitet Organizacyjny zwraca się z prośbą do wszystkich Chórzystów o możliwie najszybszy kontakt. Naszym zamierzeniem jest zamknięcie listy uczestników najpóźniej **do 31.03.2007 r.** Zwracamy się również z gorącą prośbą o powiadamianie Chórzystów, z którymi utrzymujecie kontakt o zbliżającym się święcie (nie wszystkie posiadane przez nas adresy są aktualne, nie wszystkie dane są kompletne). Chórzystki prosimy o podawanie również nazwisk panieńskich.

Prosimy o korespondencję i szybki kontakt: **Komitet Organizacyjny Jubileuszu 55-lecia Chóru AMB, Chór AM w Białymstoku ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, faks 085-748-54-16, prezes Chóru: Hanna Zajączkiewicz, tel. 0501-084-964, e-mail: haneczka@interia.pl, z-ca prez.: Jan Biskup, tel. 0512-266-655, e-mail: janbiskup@o2.pl, sekr.: Paweł Abramowicz, tel. 0605-580-212, e-mail: pabram@o2.pl lub e-mail Chóru: choramb@hotmail.com**

Zapraszamy Państwa do korzystania

z **POKOI GOŚCINNYCH**

Naczelnej Izby Lekarskiej,

ul. Sobieskiego 110, Warszawa

50 zł/doba – lekarz, 70 zł/doba – pozostałe osoby

Rezerwacja: tel. 022-559-13-00, 022-559-13-24

Spotkania i Msze św.

dla środowiska medycznego prawobrzeżnej Warszawy

będą się odbywać w każdą pierwszą niedzielę miesiąca o godz. 17.00 przy ul. Floriańskiej 3 w Warszawie (kaplica w dawnym budynku kurialnym).

Terminy spotkań w 2007 r.:

7.01., 4.02., 4.03., 1.04., 6.05., 3.06.

sport@gazetalekarska.pl

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie organizuje w 2007 r.

4 wyjazdy na narty w Alpy Francuskie, 10-dniową wycieczkę do Hiszpanii i Portugalii, 2-tygodniowy wypoczynek w Portugalii, 2-tygodniowy wyjazd turystyczno-wypoczynkowy do Egiptu oraz do Meksyku. Informacje i zgłoszenia: OIL Warszawa, e-mail: praca68@oil.org lub koordynator wyjazdów turystycznych Kazimierz Kwasiborski, e-mail: kwatour@op.pl

Angielski przez Internet

www.skoknet.pl/demo

login: demoang

hasło: HGtYcVas

2 ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE
ZAKOPANE - NOWY TARG

8-11 marca 2007

- slalom gigant
- slalom specjalny
- slalom równoległy
- carving
- snowboard
- biegi narciarskie
- triathlon zimowy
- ski tour
- hokej na lodzie
- łyżwiarstwo szybkie

kontakt:
maciek@igrzyskalekarskie.org

Szkoła Edukacji **Ultrasonograficznej** CEDUS – kursy

- 8-12.01. *Echokardiografia podstawowy*, Ciechocinek
- 14-19.01. *USG w ortopedii i reumatologii*, Konstancin,
- 21-26.01. *Doppler podstawowy*, Ciechocinek,
- 15-18.02. *USG w ginekologii i położnictwie*, Ciechocinek
- 11-16.02. *USG w ortopedii i reumatologii*, Ciechocinek,
- 18-23.03. *Doppler podstawowy*, Ciechocinek,
- 28-31.03. *USG brzucha – podstawowy*, Ciechocinek,
- 1-06.04. *Doppler średnio zaawansowany*, Ciechocinek,
- 15-20.04. *USG w ortopedii i reumatologii*, Konstancin,
- 22- 27.04. *Echokardiografia zaawansowana*, Ciechocinek,
- 3-6.05. *USG brzucha – zaawansowany*, Ciechocinek,
- 9-12.05. *Echokardiografia podstawowy*, Ciechocinek,
- 13-18.05. *Doppler podstawowy*, Ciechocinek,
- 23-27.05. *USG brzucha – podstawowy*, Ciechocinek
- 17-22.06. *Doppler podstawowy*, Ciechocinek
- 8-12.01. *Echokardiografia podstawowy*, Ciechocinek

Kontakt: kursy@cedus.edu.pl. Więcej informacji na stronie: www.cedus.edu.pl lub tel. 022-646-41-56.

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii** (r. zał. 1993) – szkolenia

- 11-14.01. *Diagnostyka USG jamy brzusznej*
- 25-27.01. *Diagnostyka USG tarczycy, przystarczyc i ślinianek*
- 10-12.01. *Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci*
- 10-11.01. *Diagnostyka USG w pediatrii*
- 29-30.03. *Zastosowanie badań USG w diagnostyce urologicznej* – kurs doskonalący
- 22-26.01. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs podstawowy
- 12-14.02. *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący.

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. kom. 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl

Harmonogram szkoleń dla lekarzy **stomatologów i średniego personelu medycznego na I kwartał 2007**

- 12-13.01. *Zaburzenia narządu żucia*, część IV, kurs praktyczny – lek. stom. Jens Katzschner, Niemcy
- 13.01. *Podstawy ergonomii. Zasady asystowania w stomatologii*, część I, dla lekarzy i asystentek stom. – dr n. med. Marek Bładowski
- 27-28.01. *Strategia w leczeniu ortodontycznym. Wektory i momenty sił. Wygięcia, V teoria, pętla T, luk intruzyjny, luk eks-truzyjny, prostowanie i przesuwanie zębów trzonowych, kurs praktyczny I stopień* – dr Mudr Miłosz, Szpidlen Uniwersytet w Ołomuńcu
- 10.02. *Implantologia krok po kroku. Szkolenie dla początkujących*, – dr med. dent. Gregor Chmiel, lek. stom. Michał Józwiak
- 17-18.02. Łódź. *Ergonomia Stopień II. Precyzyjne zabiegi w protetyce. Szkolenie praktyczne Onlay/Inlay* – dr n. med. Tomasz Dziennikowski, Hig. stom. Beata Grzegorek
- 8.03. KRAKDENT *Ergonomiczne zasady pracy, zespołu stomatologicznego* (Tematyka: Zarządzanie zespołem. Komunikacja w gabinecie stom. Procedury pracy w zespole. Techniki pracy zespołowej, transfer instrumentów) – dr n. med. Marek Bładowski, dr n. med. Tomasz Dziennikowski, mgr Katarzyna Grzempowska, lek. stom. Kinga Grzech, specjalista ds. promocji i kreowania wizerunku Adam Pachura
- 16.03. *Podstawy implantologii*, kurs praktyczny z pokazem zabiegu implantologicznego live – lek. stom spec chirurg Maria Stenka
- 17.03. *Zaburzenia narządu żucia*, część I, *Podstawowe zagadnienia anatomii stawu skroniowo-żuchwowego. Rozpoznanie dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia. Czynnościowe aspekty leczenia protetycznego. Wprowadzenie do zagadnień związanych z badaniem pacjenta, diagnozą, planem leczenia*, kurs podstawowy – lek. stom. Jens Katzschner, Niemcy.

Informacje na stronie www.ede.pl lub tel. 071-353-83-51, faks 071-354-02-17. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Pomarańczowa 8, 54-058 Wrocław, tel. 071-353-83-51, tel./faks 354-02-17, szkolenia@ede.pl, www.ede.pl

- 15-17.01., 12-14.03., 15-17.10., 19-21.11. Kraków. *Postępy w zakresie patogenety, rozpoznawania, zapobiegania i leczenia powikłań cukrzycy*. Kurs obowiązkowy dla lekarzy specjalizujących się w **diabetologii** oraz po raz pierwszy doskonalący dla lekarzy w trakcie szkolenia z **chorób wewnętrznych**. Koszt szkolenia 100 zł nie obejmuje zakwaterowania. Informacje: Centrum Szkolenia Podyplomowego Fundacji Rozwoju Diagnostyki, ul. Bociana 22, 31-231 Kraków, tel. 012-614-52-38 w godz. 9.00-17.00, www.diaglab.pl

- 20.01. Warszawa, hotel Intercontinental, godz. 9.30-17.00. II Konferencja Naukowa Instytutu **Aterotrombozy**. Temat przewodni: **Aterotromboza – choroba całego życia**. Konferencja adresowana do lekarzy specjalistów kardiologów, neurologów, pediatrów oraz lekarzy medycyny rodzinnej. Informacje: Marzena Jaworska, Instytut Aterotrombozy, tel. kom. +48 600-412-356, e-mail: marzena.jaworska@aterotromboza.org.pl

- 24.01. Warszawa. Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110. UNICITY organizuje warsztaty **medyczno-menedżerskie** nt: **Profilaktyka Chorób Cywilizacyjnych**. Zapraszamy wszystkich zainteresowanych, a szczególnie lekarzy rodzinnych, geriatrów, kardiologów, internistów oraz menedżerów służby zdrowia. Czas warsztatów 11.00-15.00. Koszt uczestnictwa 50 zł. Informacje i zgłoszenia: Mitra, Piotr Wieloch, tel. 0601-06-22-26, 022-813-90-01, faks 022-813-06-28, e-mail: mitra.w@wp.pl

- 17.02. Warszawa. Novotel Airport (ul. 1 Sierpnia 1), godz. 9.30-17.30. Warszawsko-Otwocki Oddział Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje kolejną sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Zakażeń Układu Oddechowego**. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Informacje: www.ptchp.home.pl; kierownik kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl; sekretarz Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacjagod@mediclub.pl; sekretariat oddziału: 02-093 Warszawa, ul. Pasteura 10, tel. 022-822-30-71 wew. 106.

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**. Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**. Wiosna 2007 r.

- 1-4.03. *Ultrasonografia jamy brzusznej*
- 8-11.03. *Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych (tętnice szyjne i kręgowie, układ tętniczy i żylny kończyn dolnych, aorta brzuszna)*
- 15-18.03. *Echokardiografia*
- 22-25.03. *Ultrasonografia w pediatrii (w tym przeciemiążczkowa)*
- 29.03.-1.04. *Ultrasonografia gruczołu piersiowego*
- 13-15.04. *Narządy powierzchowne szyi (tarczycy, ślinianki, węzły chłonne)*
- 19-22.04. *Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (w tym TCD)*

Szkolenia dają prawo do pkt. edukac. izby lekarskiej. Nr konta: 92 1090 1362 0000 0000 3612 1908. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel./faks 061-819-25-00, tel. 0603-762-041, www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl

- 2-3.03. Kraków, hotel Kubus. **Diagnostyka niepłodności** – czynnik żeński i męski. 5 pkt. edukac. Tematyka wykładów: 1. *Badania endokrynologiczne w diagnostyce niepłodności męskiej*; 2. *Fizjologia i patologia cyklu*; 3. *Choroby jąder w diagnostyce niepłodności*; 4. *Badania mikrobiologiczne, stany zapalne u mężczyzn*; 5. *Diagnostyka niepłodności – badanie nasienia*; 6. *Immunologia zapłodnienia i ciąży*; 7. *Badania mikrobiologiczne, stany zapalne u kobiet*; 8. *Hyperstymulacja w leczeniu niepłodności – rola diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej*; 9. *Diagnostyka niepłodności – rola badań laboratoryjnych*; 10. *Badania cytogenetyczne w niepłodności*. Organizator: Fundacja Akademia Nowoczesnej Diagnostyki, ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków. Sekretariat: Aneta Grzesiak, tel. 012-295-01-96, faks 012-295-01-02, e-mail: aneta.grzesiak@and.org.pl

- 4-11.03. Krynica Górská, Hotel Panorama i Górnik. Forum **Stomatologii Praktycznej** – Krynica 2007 część III (zgłoszenia do 10.02.2007 r.) Komunikat wstępny – organizator zastrzega

możliwość zmian! Serdecznie zapraszamy na kurs: nr 01/07 **Forum Stomatologii Praktycznej**: - *Uzupełnienia pełnoceramiczne*; - *Zasady opracowania uzupełnień pełnoceramicznych*; - *Sterylizacja w gabinecie stomatologicznym*; - *Higiena-profilaktyka profesjonalna i domowa uzupełnień protetycznych*; - *Cementy do cementowania adhezyjnego prac pełnoceramicznych*; - *Nowoczesne sposoby stabilizacji protez całkowitych*; - *Ekstrakcja zębów – jak wykonać aby leczenie protetyczne było kosmetyczne*; - *Olejki eteryczne w profilaktyce schorzeń jamy ustnej*; - *Zaburzenia czynnościowe*; - *Inne w przygotowaniu*. 30 godzin szkolenia - 30 pkt. eduk. oraz 20 pkt. za udział w testowym programie edukacyjnym (0,2 pkt. za każdą prawidłową odpowiedź). Warunki uczestnictwa w kursach organizowanych przez Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego „EURODENS”: - Koszt uczestnictwa: 1450 zł (uczestnictwo w kursie, noclegi, śniadania i obiady-kolacje); - Osoba towarzysząca: 650 zł (noclegi, śniadania i obiady-kolacje); - Zgłoszenie udziału i kopię dowodu wpłaty prosimy przysyłać faksem lub pocztą na 14 dni przed terminem kursu (faks 0-81-533-15-15) z podaniem tytułu kursu, swojego imienia i nazwiska, adresu oraz telefonu kontaktowego. W zgłoszeniu proszę podać dokładne dane do wystawienia rachunku; - Oryginał dowodu wpłaty prosimy okazać przy wejściu na salę; - W przypadku rezygnacji z udziału w kursie nie później niż 7 dni przed terminem zwracamy 70% wpłaty za kurs; - Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania kursu z przyczyn niezależnych (wpłaty zostaną zwrócone przekazem pocztowym); - Uczestnicy otrzymają świadectwo ukończenia kursu; - Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne za udział w kursach. Wpłaty na konto: EURODENS, 20-738 Lublin, ul. Krajewskiego 25 BIG BANK O/LUBLIN, ul. Kapucyńska 4. Nr konta 06 1160 2202 0000 0000 6017 6101. Informacje: Marta Grajek, tel. 0661-898-179 w godz. 8.00-14.00, pon.-pt.; dr hab. n. med. Janusz Kleinrok, tel. 0601-244-319 w godz. 8.00-14.00, pon.-pt.

- **23-24.03.** Poznań. IV Repetytorium **Pulmonologiczne**. Coroczna konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów. Certyfikat z pkt. edukac. Formularz rejestracyjny na str. Kliniki: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod adresem konferencja, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm tel. 061-854-93-95 lub faks 061-841-70-61. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Ftyzjopneumonologii AM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-8549-395 lub tel./faks 061-841-70-61. Zapisy: do 28.02.2007 r. Opłata: 150 zł dla osób poniżej 30 roku życia i dla emerytów 70 zł. Wpłaty na konto: Stowarzyszenie Wspierania Pulmonologii Poznańskiej, ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań WBK S.A. 82 1090 1362 0000 0001 0200 1772, z dopiskiem „Konferencja”. Potwierdzenie zgłoszenia po wpłacie pieniędzy na konto drogą mailową, telefoniczną 061-854-93-95 lub faksem 061-854-93-91/84-17

Wykaz kursów dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie **onkologii klinicznej** oraz dla lekarzy **innych specjalności**

- **26-29.03.** 60. Szkoła PTOK: **Nowotwory płuca i klatki piersiowej**. Pkt. edukac. 34. Koszt uczestnictwa: 250 zł (150 zł – dla członków PTOK). Termin zgłoszenia upływa 9.03. Zgłoszenia: Elżbieta Pucula, Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej, ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel/faks 022-644-76-25 lub tel. 022-546-21-69, e-mail: maciekk@coi.waw.pl
- **21-25.05.** 61. Szkoła PTOK – kurs podsumowujący (atestacyjny): **Aktualne zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w onkologii**. Liczba pkt. edukac. 40. Koszt uczestnictwa: 250 zł (150 zł – dla członków PTOK). Zgłoszenia do 4.05.
- **6-7.07.** **Spotkanie PO ASCO 2007**. Liczba pkt. edukac. 16. Teatr Muzyczny w Gdyni. VI „Spotkanie PO ASCO” organizowane przez: Oddział Gdański Pol. Tow. Onkologicznego, Stow. „Gdańskiej Onkologii”, Pol. Tow. Onkologii Klinicznej, Polską Unię Onkologii i Polską Szkołę Onkologii. Zgłoszenia można dokonać wyłącznie poprzez str. internetową www.poasco.pl. Dodatkowych informacji udziela Sekretariat Zjazdu: Gdańskie Centrum Kongresowe, ul. Matejki 6, 80-232 Gdańsk, tel. +48 58-340-47-25, faks: +48 58-340-47-27, e-mail: biuro@poasco.pl. Liczba uczestników ograniczona – decyduje kolejność zgło-

szeń. Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń 15.03. Opłata rejestracyjna 150 zł.

- **18-20.06.** CMKP i 62 Szkoła PTOK. **Problemy onkologiczne w zdrowiu publicznym**. Kurs przeznaczony jest jedynie dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się w zakresie zdrowia publicznego. Koszty: specjalizacyjny bezpłatny. Informacje na str. CMKP: www.cmkp.edu.pl. Rekrutacja prowadzona jest przez Szkołę Zdrowia Publicznego CMKP. Zgłoszenia: Ewa Wenda, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa
- Szkoła PTOK / Centrum Onkologii-Institut w Warszawie pod patronatem Polskiej Unii Onkologii. Organizator: Pol. Tow. Onkologii Klinicznej i Centrum Onkologii-Institut w Warszawie. Programy kursów zgodne są z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, CMKP i zatwierdzone są przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej. Miejsce kursów: Warszawa, Centrum Onkologii-Institut; ul. W.K. Roentgena 5, Auditorium im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego – Budynek Biblioteki. Możliwość rezerwacji miejsc w hotelu „Ursynów” ul. W. K. Roentgena 5; Warszawa, tel. 022-546-21-77.
- **21.04.** Warszawa. Klinika Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych oraz Studium **Medycyny Rodzinnej** CMKP zapraszają na konferencję: **Interpretacja badań diagnostycznych w praktyce lekarza rodzinnego (badania laboratoryjne, obrazowe, EKG)**. Kurs doskonalący, bezpłatny. Pkt. edukac. Materiały szkoleniowe. Informacje i zgłoszenia: Studium Medycyny Rodzinnej CMKP, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, tel. 022-5693-870; 022-871-872, faks 022-5693-879, e-mail: smr@cmkp.edu.pl
- **17-19.05.** Wisła. XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa **Chirurgii Onkologicznej** i XXIV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Temat: 1. *Mięsaki Tkanek Miękkich i Kości*; 2. *Guzy Stromale Przewodu Pokarmowego*; 3. *Postępy w Chirurgii Onkologicznej*; 4. *XXX-lecie Chirurgii Onkologicznej na Podbeskidziu*. Komitet Organizacyjny: Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej Beskidzkiego Centrum Onkologii im. Jana Pawła II ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała, tel. 033-810-01-10, 033-498-40-36, faks 033-816-44-01, e-mail: chironk@wp.pl, www.zjazdPTChO2007.org.pl
- **31.05-2.06.** I Krakowskie Symp. „**Ostry Dyżur**”, IV Symp. Sekcji **Chirurgii Urazowej** TChP. Miejsce: Auditorium Maximum UJ, 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 33. Organizator: II Katedra Chirurgii Ogólnej CM UJ, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 21. Biuro org.: Symposium Cracoviense, 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 3, e-mail: symposium@symposium.pl, tel 012-422-76-00, fax 012-421-38-57, www.symposium.pl/ostry_dyzur, Anna Jędrocha, Symposium Cracoviense
- **1-3.06.** Ośrodek Szkoleniowy „Centrum Falenty” k. Warszawy, Polska Fundacja **Osteoporozy** (PFO) zaprasza na XVII Warsztaty Praktyczne: **Osteoporoza a złamanie. Jeszcze raz wszystko od początku. Bez mitów. Czyli: Czym się kierować na obecnym etapie wiedzy, kiedy definicje i normy zawiodły? Co oznacza leczenie osteoporozy?** Koszty uczestnictwa 600 zł + hotel z wyżywieniem 2 doby 400 zł. Zgłoszenia do 28.02.2007 r. (z podaniem adresu, tel. kontaktowego i ew. e-mail): PFO 15-461 Białystok, ul. Waryńskiego 6/1, e-mail: fundacja@pfo.com.pl, tel./faks: 085-744-54-40. Bliższe informacje: www.pfo.pl
- **4-6.06.** Zakopane. Krajowa Konferencja Specjalistów **Chorób Płuc – Aktualne problemy chorób układu oddechowego (gruźlica, rak płuca, astma, POChP i inne)**. Zgłoszenia proszę kierować na adres organizatorów: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Zakład Epidemiologii i Organizacji Walki z Gruźlicą, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa, tel./fax: 43-12-423, e-mail: z.bialek@igichp.edu.pl. Informacje również na stronie www.igichp.edu.pl. Za Komitet Organizacyjny dr n.med. Ireneusz Szczuka

u.bakowska@gazetalekarska.pl

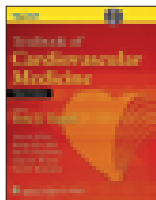
A.B.E. Marketing, Customer Service,
00-855 Warszawa, ul. Grzybowska 37A, +44-22-654-06-75,
faks +48-22-652-07-67, www.abe.pl, info@abe.pl



Clinician's Guide to Sleep Disorders
Nathaniel F. Watson,
Watson F. Vaughn Bradley
Taylor and Francis Ltd.

2006 r., cena £ 110.00

Skrócona instrukcja identyfikacji, rozpoznania i leczenia zaburzeń snu. Przydatna dla praktyków zajmujących się tą przypadłością. Każdy rozdział zawiera szczegółowe rozważania dotyczące objawów fizycznych podczas snu, wyników badań krwi oraz definicje najnowszych metod leczenia oraz zalecenia.

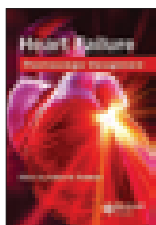


Textbook of Cardiovascular Medicine
Eric Topol
Lippincott Williams and Wilkins

3 rd. edition 2006 r., cena € 178,00

with DVD plus integrated content website

Publikacja zawiera aktualną wiedzę na temat medycyny sercowo-naczyniowej, kardiologii prewencyjnej i klinicznej, obrazowania sercowo-naczyniowego, kardiologii inwazyjnej. Nośnik DVD zawiera materiały dźwiękowe i filmowe dotyczące echokardiografii, ultrasonografii serca, kardiologii nuklearnej i wielu innych.



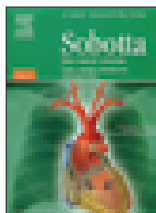
Heart Failure: Pharmacologic Management
Arthur M. Feldman
Blackwell Publishing

2006 r., cena £ 55.00

Publikacja służy lekarzom stykającym się z bardzo częstymi obecnie chorobami związanymi z niewydolnością serca. Poszerza wiedzę o tej chorobie w zależności od uwarunkowań genetycznych, rasowych i płciowych, co pozwala na optymalizowanie metod farmakologicznych w leczeniu tej powszechnej choroby.

Elsevier Urban & Partner

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, I piętro, tel. 071-330-61-61,
faks 071-330-61-60, www.elsevier.pl, e-mail: nfo@elsevier.com.
Zamówienia: +48-42-680-44-09; faks +48-42-680-44-86



Atlas anatomii człowieka
Johannes Sobotta

oprac. Reinhard Putz i Reinhard Pabst
przy współpracy Renaty Putz.

T. 1: **Głowa, szyja, kończyna górna;**

T. 2: **Tułów, narządy wewnętrzne, kończyna dolna.**

wyd. II polskie, oprac. przez Witolda Woźniaka
i Kazimierza S. Jędrzejewskiego

tłum. i red. naukowa prof. zw. dr hab. n. med. Witold Woźniak,
prof. zw. dr hab. n. med. Kazimierz J. Jędrzejewski

Atlas po raz pierwszy ukazał się przeszło sto lat temu. Od tego czasu stale wznowiany i poprawiany zawiera najistotniejsze dane anatomiczne. Opatrzony wielką ilością tabel i rycin. W obecnym 22 wydaniu wprowadzono następujące innowacje: na rycinach przedstawiających anatomię powierzchniową zaznaczono rzutowanie narządów wewnętrznych; zamieszczono obrazy uzyskane przez stosowanie nowoczesnych technik; dodano kolorowe fotogramy z zabiegów operacyjnych przeprowadzonych techniką endoskopową; anatomicznym rysunkom narządów towarzyszą fotogramy wykonane w czasie przyżyciowego obrazowania analogicznych struktur; umieszczono wizerunki pacjentów z najczęściej występującymi objawami porażeniowymi; przedstawiono schematy najczęstszych odmian podziału naczyń tętniczych; pokazano najczęstsze warianty położenia narządów wewnętrznych; zamieszczono powiększone obrazy wewnętrznej budowy najważniejszych narządów.

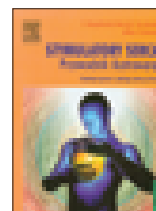
Stymulatory serca
Przewodnik ilustrowany

S. Serge Barold, Roland X. Stroobandt,
Alfons F. Sinnaeve

red. wyd. I polskiego Andrzej Kübler

Wrocław 2006, s. 340

Inspiracją do napisania podręcznika były uwagi wielu lekarzy, którzy nie potrafili zinterpretować prostego zapisu EKG u pacjentów ze stymulatorem serca. W książce omówiono wskazania do stałej stymulacji i techniki implantacji stymulatorów i zaawansowane problemy stymulacji serca, m.in. postępowanie przy nieprawidłowej pracy stymulatora i kontrolę jego funkcji. Autorzy unikają zbędnego tekstu skupiając się na przekazie wizualnym.



Neurologia i neurochirurgia

Kenneth W. Lindsay, Ian Bone

seria **Podręczników Ilustrowanych**

wyd. I polskie pod red. Wojciecha Kozubskiego

Wrocław 2006, s. 574

Seria Podręczników Ilustrowanych obejmuje następujące pozycje:

Ginekologia. David Mc Kay Hart, Jane Norman. Wyd. II polskie,

pod red. G. Brębowicza; Położnictwo. Kevin P. Hanrelty. Wyd.

II polskie pod red. G. Brębowicza. Obecne wydanie ww. publi-

kacji opisuje najnowsze postępy w leczeniu zachowawczym i operacyjnym zaburzeń układu nerwowego, począwszy od metody wewnątrzczaszkowego zamykania pękniętych tętniaków wewnątrzczaszkowych po zastosowanie deksametazonu jako leku uzupełniającego w leczeniu bakteryjnego zapalenia opon mózgowych. Bardzo cenne uwagi znajdują się w początkowych rozdziałach książki dotyczących techniki prowadzenia wywiadu z chorym.



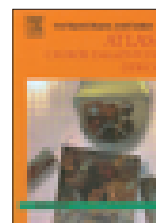
Atlas Chorób zakaźnych u dzieci

Irma Kacprzak-Bergman,

Leszek Szenborn

Wrocław 2006, s. 104.

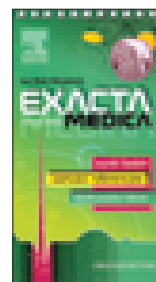
Zawarte w książce syntetyczne opisy chorób zakaźnych dzięki bogatej dokumentacji fotograficznej przybliżają klinicyście obraz wybranych chorób zakaźnych. Prezentują różnorodne zmiany skórne lub inne wyraźne objawy mogące pomóc w diagnozowaniu choroby.



Exacta Medica. Wyniki badań, wartości referencyjne, dawkowanie leków
Ian Reid Entwistle

wyd. I polskie. Wrocław 2006, s. 86.

Wygodne, kieszonkowe wydanie, w formie kołnotatnika, na kartkach dwustronnie laminowanych. Autor specjalista medycyny pracy informuje o standardowych zasadach bezpieczeństwa stosowania leków służąc w ten sposób lekarzowi pomocą w doborze leków i dawek odpowiednich dla określonego pacjenta.



Agencja Wydawnicza Medsportpress

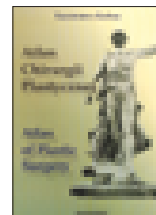
03-721 Warszawa, ul. Jagiellońska 3/20. Tel./faks 022-834-67-72,
0601-227-899, e-mail: nauka@medsport.pl, www.medsport.pl.

Atlas chirurgii plastycznej

Kazimierz Kobus

Warszawa 2004, s. 302

Publikacja zawiera skrócony przegląd sposobów i wyników leczenia pacjentów operowanych w Szpitalu Klinicznym Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju, w ramach prywatnej praktyki oraz poza granicami Polski. Prezentuje ponadto historię i terażniejszość chirurgii polskiej. Książka skierowana do lekarzy wielu specjalności, którym może ułatwić podjęcie decyzji co do zastosowania leczenia plastycznego.



Lektura obowiązkowa dla lekarzy

Nakładem wydawnictwa Progress z Łodzi ukazała się w 2006 r. książka, która w sposób najbardziej kompleksowy i aktualny na polskim rynku księgarskim omawia problemy prawne w medycynie.

Autorce, doktorantce na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, zatrudnionej w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, udało się napisać podręcznik, który jest zrozumiały dla odbiorców ze środowiska medycznego. Istniejące do tej pory publikacje, napisane językiem hermetycznym, są trudne w odbiorze, a ich lektura rzadko daje prostą i jasną odpowiedź na pytania nurtujące czytelnika.

Książka kompleksowo przedstawia tematykę prawa w zakresie, z jakim lekarze różnych specjalności mają do czynienia w swojej codziennej praktyce. Dziesięć rozdziałów zawiera syntezę podstawowych konstrukcji prawnych, z którymi stykają się na co dzień pracownicy ochrony zdrowia. Odbiorcami podręcznika powstałego w odpowiedzi na palącą potrzebę jest personel biały oraz administracyjny każdego szpitala, jak również organizatorzy i decydenci ochrony zdrowia. Jasność wypowiedzi i kompleksowo ujęta tematy-

ka kwalifikują książkę także do miana podręcznika dla studentów medycyny. Istotne znaczenie ma również fakt, że publikacja posiada dwie recenzje profesorów medycyny.

W publikacji zawarto informacje na temat odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) lekarzy oraz omówiono poszczególne rodzaje odpowiedzialności wynikające z różnych form zatrudnienia. Poruszony też został temat odpowiedzialności pracowniczej lekarzy. Kolejne rozdziały dotyczą odpowiedzialności karnej z uwzględnieniem sytuacji szczególnych takich jak przerywanie ciąży, eutanazja, uchylenie tajemnicy lekarskiej oraz poświadczenie nieprawdy. Autorka wyczerpująco przedstawiła zagadnienia dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy, a także instytucję rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Nie zabrakło miejsca na prezentację problematyki związanej z prawami pacjenta. Szczególna uwaga została poświęcona wszelkim rodzajom zgody pacjenta z uwzględnieniem sytuacji wyjątkowych, m.in. prawa do przerywania ciąży i leczenia przymusowego, które to opisano w rozdziale pierwszym.

Odrębnie omówione są obowiązki lekarzy w zakresie udzielania pomocy, zachowania tajemnicy lekarskiej i udzielania informacji pacjentom i ich rodzinom. Wiele miejsca poświęcono prawu wykonywania zawodu, warunkom odbywania specjalizacji, formom jego wykonywania i dokumentacji medycznej.

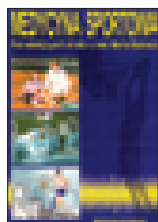
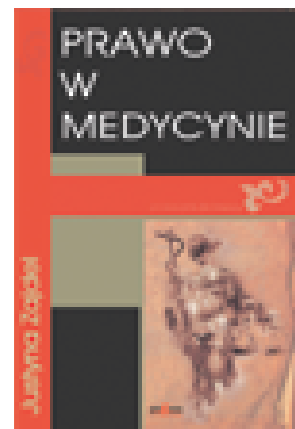
Warto podkreślić, że w odrębnym rozdziale szczegółowo omówione zostało wykonywanie zawodu lekarza w Unii Europejskiej, z uwzględnieniem uznawalności dyplomów, kwalifikacji i zakazu dyskryminacji.

Wiele niejasności może wyjaśnić rozdział dotyczący zagadnień prawnych marketingu farmaceutycznego, co zainteresuje nie tylko lekarzy, ale i pracowników firm farmaceutycznych. Książkę kończy omówienie aspektów prawnych sekcji zwłok.

Wielostronicowy skorynek ułatwia poszukiwanie informacji w tekście publikacji, co jest szczególnie przydatne w przypadku fachowych terminów prawnych, które dzięki prostemu wyjaśnieniu przestają odstraszać czytelników nie będących prawnikami. W książce znalazły się pełne teksty obowiązujących aktów prawnych: ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz znowelizowanej w czerwcu 2006 r. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Książka jest ważną pozycją na polskim rynku wydawniczym. Jest lekturą obowiązkową zarówno dla lekarzy w ich codziennej pracy, jak i w toku specjalizacji, a także dla studentów różnych kierunków studiów prowadzonych na uczelniach medycznych. Elegancka okładka i papier kredowy, na którym została wydrukowana, zachęcają do częstego korzystania z niej.

(Z)

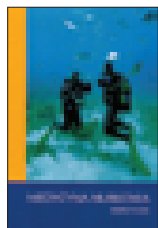


Medycyna sportowa

pod red. prof. dr hab. n. med. Marka Mędras
Warszawa 2004, s. 564

Książka adresowana głównie do studentów i absolwentów AWF, AM i innych uczelni, w których występują zagadnienia związane z medycyną sportową. Przydatna także dla lekarzy pierwszego kontaktu, nauczycieli sportu i trenerów. W związku z tak szerokim kręgiem odbiorców niektóre rozdziały dotyczą zagadnień w ujęciu podstawowym, a inne są szczegółowe z bardziej lekarskim ukierunkowaniem.

Ponadto nadesłano:



Medycyna nurkowa

dr med. Jarosław Krzyżak

Wydawnictwo KOOPgraf s.c.

wyd. I. Poznań 2006, 60-112 Poznań, ul. Kościuszki 48 a,
e-mail: biuro@koopgraf.pl, tel. 0618-308-614

Autor jest jednym z twórców polskiej medycyny nurkowej, autorem wielu publikacji, członkiem międzynarodowych towarzystw naukowych, a także współzałożycielem Polskiego Towarzystwa Medycyny i Techniki Hiperbarycznej. Obecna publi-

kacja jest kontynuacją wydanej 8 lat temu „Medycyny dla nurków” – znacznie poszerzona i uzupełniona o nowe zagadnienia medyczne w literaturze światowej. Autor wykorzystał w niej osobiste wieloletnie doświadczenie lekarza nurkowego i pletwonurka. Obok rozdziałów dotyczących fizjologii nurkowania, chorób nurkowych i sposobów ich leczenia znajdują się rozdziały o historii nurkowania i historii medycyny nurkowej w Polsce, o podstawach dekompresji oraz zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa nurkowania, polski wkład w światową medycynę podwodną i hiperbaryczną.

opr. md