1 2009

Gazeta Lekarska

ISSN 0867-2148

Egzemplarz bezpłatny

Pismo Izb Lekarskich

Raport WHO

Zdrowa polityka publiczna

REKLAMA

REKLAMA

W co się bawić?

Tym razem nie będzie ani o dziewiątym już wecie Prezydenta RP, ani o ukochanym przez rząd zabiegu uszczelniania sytemu, ani nawet o tym, co ze sobą pocznie Ewa Kopacz, jak rozstanie się ze swym gabinetem na Miodowej. Niech o tym, i nie tylko, plotkują sobie lekarze na portalach internetowych. Jest ich już naprawdę sporo, a ja szczególnie polecam www.blogilekarzy.pl, które są nowoczesną kontynuacją pamiętników lekarskich. Każda lekarka i każdy lekarz, razem i z osobna, są bohaterami swojej pracy. Młodzi i starzy doświadczają takich przeżyć, że starczyłoby na niejeden scenariusz serialowy. Czasem mamy wszystkiego dość, kłniemy w żywy kamień, jak nas wykorzystują i mają za nic. Przypomnijmy teraz jak to było w siermiężnych czasach. Ile nerwów, wyrzeczeń, osobistych porażek, małżeńskich sprzeczek, czasem dramatycznych rozstań i rozwodów, emigracji kosztował nas ten zawód? Czy jesteśmy inni niż aktorzy, sportowcy i politycy, którzy oddają się ludziom? Blogowanie nic nie kosztuje, nie ogranicza objętości tekstu, ani nie obowiązuje żadna cezura czasowa. Można pisać, co i kiedy się chce. Warto spróbować.

Wygląda na to, że czasu na blogowanie nie zabraknie. Za sprawą związków zawodowych Polska może stać się mekką młodych emerytów. Kiedyś sądziłem, że związki walczą o pracę dla ludzi. Dziś widzę, że robią co mogą, aby ludzie z pracy sobie poszli. W 2008 r. padł „emerytalny rekord". ZUS przyznał emerytury blisko trzystu tysiącom osób. To ponad dwukrotnie więcej niż rok wcześniej i najwięcej od początku lat dziewięćdziesiątych. W latach 2009-13 na wypłaty tych świadczeń zabraknie niemal 160 mld zł. W ub. roku Polki przechodząc na emeryturę miały przeciętnie 55,8 lat. To najniższy wiek od 1998 r. i jeden z najniższych w UE. Mężczyźni nie są od nich gorsi. Przeciętny wiek ich przejścia na emeryturę to 59,7 lat. Tymczasem żyjemy coraz dłużej i dłużej korzystamy ze świadczeń emerytalnych. To znaczy, że środków zgromadzonych na naszych kontach emerytalnych nie wystarczy na sfinansowanie emerytur. Trzeba będzie znaleźć je ustanawiając wyższe podatki lub składki na FUS. A to, w konsekwencji, wpłynie na dochody pracujących.

Według prognozy GUS-u liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w latach 2008-13 z 6,2 mln do 7 mln. Za pięć lat będą one stanowić 18,6% ogółu społeczeństwa (obecnie 16,3%). Fundusz Ubezpieczeń Społecznych prognozuje, że do roku 2013 w budżecie może na emerytury zabraknąć niemal 160 mld zł. Same wcześniejsze emerytury kosztują rocznie 20 mld zł. Państwo, w którym pracuje zaledwie połowa osób w wieku produkcyjnym i jedynie 25% w wieku 55-64 lata, nie może się szybko rozwijać i bogacić. Za tak niską stopę zatrudnienia odpowiada przede wszystkim możliwość korzystania z emerytur w obniżonym wieku. Tymczasem w całej Unii – w tej kategorii wiekowej – pracuje średnio 45,3 %, w Anglii 58 %, a w Szwecji aż 70 %.

Polska w niewielkim stopniu wykorzystuje na rynku pracy pracowników po pięćdziesiątce. Ich wcześniejsze przechodzenie na emeryturę powoduje bezpowrotną utratę najbardziej doświadczonej kadry zawodowej w gospodarce, w tym w zawodach deficytowych. Oznacza to niedobory na rynku pracy, ale również zwiększa wydatki państwa na kształcenie nowych kadr oraz na utrzymanie tej armii młodych emerytów – ostrzega Konfederacja Pracodawców Polskich. Kontynuowanie tego trendu może stać się niemałym zagrożeniem dla systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.

„Chciałbym już tak raz ustalić, czyśmy się ostatnio nie rozdokazywali?" – śpiewał przed laty Wojciech Młynarski. „Wokół tli się śmiechu iskra. Chleba dosyć, ale rośnie popyt na igrzyska" – ostrzegał znany bard i poeta.

Marek Stankiewicz
naczelny@gazetalekarska.pl

W numerze
między innymi

Warto postawić na profilaktykę	4-5
Okiem Prezesa	5
Ulga w bólu	6-9
Praktyka lekarska i odpowiedzialność cywilna	8-9
Medicus medici lupus est	10-11
Działania długofalowe	12-15
Kto skuteczniej leczy dzieci	16-17
Podstawowa opieka zdrowotna	18-19
U stomatologów	20-23
Rodakom na Żytomierszczyźnie	24-25
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Wąglikiem w morderców	30-32
Lekarski sport	36-38
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	40-41
Książki nadesłane	42-45
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	47-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med.	61
Biuletyn NRL	44-45

Szczęśliwego Nowego Roku 2009
życzy redakcja

www.blogilekarzy.pl
Daj się poznać,
pisz swojego bloga

Największa baza ofert pracy dla lekarzy
www.praca.gazetalekarska.pl

Warto postawić na profilaktykę

Z prof. zw. dr. hab. med. Janem Tatoniem kierownikiem Oddziału Diabetologicznego Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
rozmawia Agnieszka Katrynicz

• Panie profesorze, jak pana zdrowie?

– Oceniam, że dobrze. Moje zdrowie odpowiada moim wyobrażeniom o dobrej kondycji. Postępuję zgodnie z zasadami.

• Kiedy ostatnio robił pan badania kontrolne?

– Całkiem niedawno. Przyznam, że przymusiła mnie do tego rodzina i koledzy z pracy, ale nie żałuję, bo wyniki były bardzo dobre. Dzięki temu bez przeszkód mogę realizować swoje plany zarówno zawodowe, jak i życiowe. I to chyba jest najważniejsze w profilaktyce – można z czystym sumieniem i bez przeszkód snuć plany. Dlatego badam się regularnie, bo wychodzę z zasady, że strzeżonego Pan Bóg strzeże.

• Polacy dość niechętnie się badają, działania profilaktyczne nie mają masowego oddźwięku. Czy na tym tle lekarze wyróżniają się szczególną aktywnością?

– Rzeczywiście z profilaktyką nie jest u nas najlepiej. I to między innymi dlatego, że nawet NFZ kładzie nacisk na leczenie, ratowanie zdrowia i życia, a nie zapobieganie chorobom. Tu niestety działa stare przysłowie „Mądry Polak po szkodzie”, zamiast – „mądry przed szkodą”. Ciągle za mało się mówi o tym, że profilaktyka może zapobiegać powstaniu wielu chorób, pojawienie się wielu opóźnić czy też złagodzić ich skutki. W dodatku w organizowaniu prewencji robi się bardzo mało, tak jakbyśmy wszyscy cierpieli na zespół pogardy dla profilaktyki. Może to dlatego, że nie jest spektakularna i składa się często z małych, drobnych rzeczy.

A przecież działania profilaktyczne mają udowodnioną skuteczność medyczną i bardzo wpływają na obniżenie kosztów leczenia. Dlatego każdy lekarz, o organizatorze systemu ochrony zdrowia nie wspominając, powinien umieścić profilaktykę w centrum swoich zainteresowań. Niestety, tak nie jest. Wiele osób kształtujących opiekę zdrowia nie docenia roli prewencji.

• Efekt jest m.in. taki, że mówi się wręcz o epidemii cukrzycy, a ciągle wielu Polaków nie zdaje sobie sprawy, że choruje – z czego to wynika?

– Niestety, to prawda, statystyki zachorowań wskazują na epidemiczny charakter cukrzycy. Szczególnie jeśli chodzi o cukrzycę typu 2. W Polsce żyje ok. 2 mln osób z cukrzycą, oceniamy, że milion ma cukrzycę utajoną, a kolejne 4 mln osób ma stan przedcukrzycowy, czyli hiperglikemię na czczo lub/i upośledzenie tolerancji glukozy. Cukrzyca zajmuje piąte miejsce na liście przyczyn zgonów na świecie. Warto pamiętać, że jest to choroba występująca na wszystkich kontynentach i wśród wszystkich populacji. Według wszelkich prognoz te liczby jeszcze się powiększą. Według prognozy WHO dziś na świecie mamy 220 mln chorych na cukrzycę, a w roku 2025 będzie ich 360 mln.

W XXI w. zachorowalność na przewlekłe choroby staje się głównym problemem. To także skutek braku profilaktyki. A przecież jest wiele badań, które pokazują, że zmiana stylu życia, diety, redukcja nadmiernej masy ciała i uprawianie sportów powoduje, że w grupach ryzyka zachorowalność na cukrzycę typu 2 spada o połowę. Czy trzeba lepszego dowodu, że trzeba w Polsce wprowadzić realny program prewencji cukrzycy typu 2?

• Ma pan na myśli program podobny do Narodowego Programu Walki z Nowotworami?

– Tak, bo cukrzyca jest tak samo groźna. Warto pamiętać, że zapobiegając cukrzycy jednocześnie zapobiegamy chorobom układu sercowo-naczyniowego i wielu innym.

W dodatku sposób opracowania programu jest w pełni dostępny, gotowy – wystarczy sięgnąć po wytyczne WHO. To jednak tylko jedna strona medalu, bo ciągle mówimy o prewencji pierwotnej. A w przypadku cukrzycy nie mniej ważna jest prewencja wtórna. Jest wiele dobrych badań pokazujących, że aktywne leczenie cukrzycy bardzo zmniejsza ryzyko powikłań.

• No właśnie, jakie mogą to być powikłania?

– Zaburzenia wzroku, problemy nefrologiczne, często występują jednoczesne problemy kardiologiczne, zespół stopy cukrzycowej itd. – można by długo wymieniać. Znowu przytoczę badania ze Stanów Zjednoczonych pokazujące, że leczenie standardowe cukrzycy kosztuje rocznie ok. 8 tys. dolarów, ale już po trzech latach tego niezbyt intensywnego leczenia koszt gwałtownie wzrasta. Tymczasem przy intensywnym, aktywnym leczeniu chory nie wymaga aż takich nakładów. Dlatego warto podjąć ten wysiłek, zainwestować np. w sieć poradni diabetologicznych, szkolenie lekarzy rodzinnych, bo ta inwestycja w dość krótkim czasie się zwróci. Aktywne leczenie cukrzycy oznacza także współdziałanie lekarzy specjalistów: kardiologów, okulistów, nefrologów, chirurgów.

• Tylko czy lekarze są gotowi do takiego współdziałania? Czy ich wiedza na temat cukrzycy jest wystarczająca?

– Na pewno jest potrzeba większego szkolenia diabetologicznego podczas studiów medycznych. Nie mówiąc już o tym, że prewencja powinna być w centrum kształcenia podyplomowego, a nie tylko – leczenie objawów. Szczególnie w przypadku cukrzycy mamy często do czynienia z utajoną formą choroby. A powinno być np. tak, że jeśli pacjent zgłasza się np. do okulisty, bo zaczął gorzej widzieć, to lekarz oprócz okularów powinien mu zalecić także oznaczenie stężenia glukozy we krwi.

• Przypomnijmy więc krótko, jakie są sygnały alarmowe mogące świadczyć o tym, że pacjent może mieć cukrzycę.

– Tak naprawdę cukrzyca to kilkadziesiąt chorób i dlatego nie jesteśmy w stanie wyliczyć do końca przyczyn. Wiadomo, że jest to choroba uwarunkowana genetycznie, można odziedziczyć skłonność do cukrzycy. Dlatego ważne jest, by lekarz w wywiadzie pytał o przypadki cukrzycy w rodzinie. Niepokojącym sygnałem jest pojawienie się otyłości lub przeciwnie – chudnięcie mimo zachowania apetytu, skłonność do infekcji, nasilenie pragnienia i oddawania moczu, osłabienie, zmęczenie, bóle mięśniowe. Takich dolegliwości i objawów jest wiele. Ważny jest też plan. Każdy pacjent powyżej 45 roku życia powinien mieć periodycznie oznaczany poziom glukozy we krwi. Amerykanie zalecają takie badania co 3 lata, moim zdaniem można je robić częściej, tym bardziej że jest to badanie tanie i proste do wykonania. Warto by je rozpowszechnić.

Okiem Prezesa

Nowy rok zawsze nastraja optymistycznie. I na pewno większość z nas ma nadzieję na szczęście w życiu osobistym i rodzinnym, sukcesy w życiu zawodowym, może na awans. Wielu wierzy, że kryzys finansowy nie dosięgnie Polski, a kondycja naszej Ojczyzny będzie się ciągle poprawiać. Czasem wbrew rozsądnym przewidywaniom życzymy sobie pomyślności. Szczególnie dla wierzących okres Bożego Narodzenia i Nowego Roku to czas optymizmu wynikającego z przychodzącej w Dzieciątku Opatrzności Bożej. I ja dołączam się do takiej Nadziei dla nas wszystkich.

Po porażce koalicyjnych projektów reformy ochrony zdrowia warto zastanowić się nad dalszym rozwojem sytuacji w tym zakresie naszego życia. Jeśli rozwiązaniem ma być deklarowany przez rząd „plan B”, tzn. przekształcenia własnościowe szpitali według scenariusza dopuszczalnego pod rządami obowiązujących przepisów, to może nie jest to nawet najgorsze wyjście. Należy jednak zadać sobie pytanie, czy polski system ochrony zdrowia nie potrzebuje reformy. Wydaje się, że charakter własności placówek opieki zdrowotnej to tylko jeden z elementów systemu, nad którymi należy się zastanawiać. Co z oczekiwanym i obiecanym przez premiera podczas *Białego szczytu* wzrostem nakładów na ochronę zdrowia? Miało to być 4-5 mld zł. Na razie nie ma ich w planie budżetu, nie przewiduje się także wzrostu składki ani pobierania składki od rolników. Czyżby to była tylko tania propaganda? Co z monopolistyczną pozycją NFZ-u, robiącego, co chce – w tym także obniżającego wartość kontraktów wielu szpitalom? Co z koszykiem świadczeń gwarantowanych, współpłaceniem, dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, mechanizmami wpisywania leków na listy, jakością w opiece zdrowotnej? Wygląda na to, że obecna ekipa kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nie bardzo wie, co z tym wszystkim zrobić. W tej sytuacji liną ratunkową wydaje się być projekt ustawy zdrowotnej przedstawiony na początku grudnia przez kilku posłów opozycyjnych. Projekt ten bazuje na pierwotnym, zgłoszonym przez posłów PO w styczniu ub. roku, projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i zakłada nieobligatoryjność przekształceń własnościowych, obowiązek zachowania większości własności publicznej w przekształcanych placówkach, zasadę *non profit* w ich działaniu oraz pewne ograniczenia w zakresie możliwości ich upadłości. Moim zdaniem warto nad tą propozycją się pochylić. Dla ochrony zdrowia potrzebny jest projekt akceptowalny dla różnych partii i środowisk, a ten wydaje się spełniać taki warunek.

W 2008 r. samorząd przygotował własny projekt nowej ustawy o izbach lekarskich. Porządkuje on wiele spraw, które po dwudziestu latach działania potrzebują małych korekt. Podczas prac nad projektem w Ministerstwie Zdrowia pojawiły się jednak propozycje nie do zaakceptowania przez samorząd.

- **Po wielu debatach na forum samorządu chcemy zachować autonomię w zakresie ustalania obszarów działania okręgowych izb lekarskich.** Nie do zaakceptowania jest propozycja odgórnego ustalenia zasady jedno województwo – jedna izba. Jest ona jednoznaczna z likwidacją kilku okręgowych izb funkcjonujących dziś w tradycyjnie zaakceptowanych granicach.
- **Po kilkuletniej dyskusji na temat stopnia autonomii zawodów lekarza i lekarza dentysty w samorządzie chcemy pozostać jedną izbą dwóch zawodów na zasadach ustalonych dotychczas.** Nie akceptujemy projektu osobnych wyborów lekarzy i lekarzy dentystów, co w powszechnej opinii zmierza do podziału samorządu.
- **Samorząd chce samodzielnie ustalać zasady zbierania składki od swoich członków.** Nie do zaakceptowania jest dyktowanie przez podmioty zewnętrzne, kogo i według jakich zasad samorząd ma zwalniać z opłacania składki lub ją obniżać. Jest to tym bardziej nie do przyjęcia w sytuacji, w której Ministerstwo Zdrowia jest od wielu lat dłużnikiem izb, ponieważ płaci mniej niż połowę należności za czynności przejęte przez samorząd od administracji.

Akcja „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie” trwa. Niech Nowy Rok stanie się dodatkowym impulsem do zadbania o siebie i swoich najbliższych!

Konstanty Radziwiłł

Ulga w bólu

Z dr. hab. Janem Dobrogowskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Badania Bólu
rozmawia Olga Kleczka

fot. Anna Kaczmarz

• Zabiła się, bo nie mogła wytrzymać z bólu – nagłaśniają media samobójstwa chorych cierpiących przewlekle. Jednocześnie rośnie zainteresowanie programem „Szpital bez bólu". Czy w XXI w. pacjenta musi boleć?

– Prawo do ulgi w bólu jest jednym z podstawowych praw człowieka. Chory ma prawo oczekiwać od personelu medycznego złagodzenia bólu. Karta praw pacjenta zapewnia mu to, co nie oznacza pozbawienia człowieka bólu. Bez bólu żyć nie można. Ludzie, którzy są genetycznie pozbawieni czucia, umierają. Nie mogą zaobserwować tego, co dzieje się w ich organizmie i odpowiednio wcześnie zareagować. Ból jest sygnałem, który informuje nas i ostrzega przed chorobą oraz jej skutkami.

• Mówimy tutaj o bólu ostrym, który działa jak system alarmowy, ale jak postępować z pacjentem, któremu dokuczają przewlekle bóle?

– Ból ostry wymaga uśmierzenia. Przewlekły ból jest chorobą. Kiedy znamy już przyczynę cierpienia, możemy zająć się jego leczeniem. Prawie 50% pacjentów po operacji cierpi. Natomiast istnieją środki zaradcze w wielokierunkowym postępowaniu przeciwbólowym, żeby ten niepotrzebny ból, który spełnił już swoje funkcje informacyjno-obronne, można było skutecznie uśmierzyć.

W szerokim katalogu przyczyn powstawania bólu istnieją przewlekłe choroby takie jak ból neuropatyczny, który jest związany z uszkodzeniem układu nerwowego, ból receptorowy wynikający z podrażnienia struktur nerwowych, uraz rdzenia kręgowego lub nerwobóle utrzymujące się po półpaścu. U ludzi starszych szczególnie dotkliwa jest neuralgia nerwu trójdzielnego lub bóle fantomowe, po amputacji kończyny, które ciągną się latami, nawet przez całe życie. Ból jest doznaniem uczuciowym i emocjonalnym, zawsze jest subiektywny. Powoduje m.in. zmiany neuroendokryniczne i metaboliczne oraz behawiorystyczne. Każdy człowiek odczuwa inaczej, dlatego metody badania bólu opierają się na metodach subiektywnych.

• Kilka tygodni temu rzecznik praw obywatelskich Janusz Kochanowski zwrócił się do ministra zdrowia z zapytaniem „w sprawie poruszających opinię publiczną przypadków samobójczych zgonów pacjentów przebywających w szpitalach". Co pan na to?

– Choroba nowotworowa związana jest z trwałym bólem ostrym. Niestety, tutaj ból nie informuje o chorobie, lecz jest jego konsekwencją. Często nie jest on skutecznie leczony, bywa, że lekarz nie radzi sobie z tym problemem, ponieważ organizm chorego wymaga mocniejszej ingerencji. Wykazano, że u 50-80 % pacjentów nie jest on w pełni opanowywany. Na odczuwanie silnego bólu w ostatniej fazie choroby skarży się aż 75 % pacjentów. Długotrwały ból powoduje niekorzystne skutki dla osoby chorej – przede wszystkim występuje depresja. Osobiście uważam, że nie ból, ale depresja i lęk zmusza człowieka do tego tragicznego kroku, jakim jest targnięcie się na własne życie. Proszę zobaczyć ilu ludzi żyje z chorobą nowotworową, ilu z nich walczy o życie.

• Jak można zbadać i leczyć ból?

– Przede wszystkim informuje się pacjentów o metodach i możliwości uśmierzania bólu pooperacyjnego. Następnie specjalnie wydzielone zespoły, składające się z anestezjologów, chirurgów i pielęgniarek, które wcześniej przeszły szkolenie w zakresie medycyny i metod uśmierzania bólu, monitorują u pacjentów ból, podobnie jak bada się temperaturę czy ciśnienie. Można umieścić taką skalę bólu na karcie chorego. W kolejne 3 doby po operacji co 4 godziny trzeba spytać pacjenta o poziom odczuwanego bólu. Obok liniowej czy słownej, jest skala numeryczna od 0 do 10, w zależności od natężenia bólu, podaje się odpowiedni lek w odpowiedniej dawce i w odpowiednim czasie. Na koniec dokumentuje się postępowanie przeciwbólowe i jego skuteczność, a także monitoruje się ewentualne powikłania polekowe.

Taka praktyka powinna być standardem w szpitalu, który dba o swoją renomę. Tymczasem, jak pokazują badania, 70% chorych skarży się na ból pooperacyjny, a 82% pacjentów leczonych chirurgicznie w szpitalach jednego dnia uważa, że uśmierzenie bólu po zabiegu było słabe.

• Które leki przeciwbólowe są najskuteczniejsze?

– Przeciętnie pacjentom aplikuje się leki przeciwbólowe, czyli paracetamol, a także leki przeciwzapalne. W przypadkach bardzo trudnych stosuje się silnie działające opioidy lub znieczulenie miejscowe. Ciągle pokutuje mit, że środki przeciwbólowe uzależniają. Stąd ta ostrożność w dawkowaniu tych leków. Istnieją również tzw. polekowe bóle, w migrenach i bólach głowy, gdzie chory, który spożył tabletkę, po czasie musi wziąć następną dawkę, by uchronić się przed nawrotem bólu – te leki absolutnie nie posiadają potencjału uzależniającego.

Opioidy działają na układ nagrody, układ dopaminergiczny, powodując uzależnienie fizyczne i psychiczne oraz potrzebę zwiększania dawki. Przy czym

dokończenie na str. 9

Doc. dr hab. Jan Dobrogowski – kierownik Zakładu Badania i Leczenia Bólu Katedry Anestezjologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

REKLAMA

REKLAMA

W odbiorze społecznym coraz wyraźniejsza jest tendencja do uznawania każdego niezadowalającego wyniku leczenia za błąd w postępowaniu

Praktyka lekarska i odpowiedzialność cywilna

Romuald Krajewski

Dość powszechnie mówi się, że żyjemy w coraz bardziej roszczeniowym społeczeństwie i sami często skłonni bylibyśmy do skorzystania z procedury sądowej, aby uzyskać odszkodowanie za straty finansowe wynikające ze złej pracy „fachowców" czy też z zaniedbań obowiązków instytucji odpowiedzialnych np. za zabójczy stan naszych dróg i ulic. Podobne rozwiązania nasuwają się niezadowolonym z ochrony zdrowia pacjentom, którzy według badań stanowią ponad połowę wszystkich korzystających z publicznej ochrony zdrowia.

fot. Marek Stankiewicz

Jednocześnie niekiedy narzekamy na napędzaną różnymi czynnikami roszczeniowość. Nie jesteśmy w tym odosobnieni, bo podobne zjawiska odnotowuje się praktycznie na całym świecie. Prym wiodą USA, gdzie koszty wszystkich roszczeń (nie tylko medycznych) stanowią 1,8% produktu krajowego. W Europie podobne wskaźniki mają Włosi. Nic dziwnego, że w dyskusjach o wpływie odpowiedzialności cywilnej na praktykę lekarską często mówi się o problemach występujących w USA, gdzie ponadto istnieją dobre statystyki, których w krajach takich jak Polska brak.

Opinie na temat miejsca i roli odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia są bardzo zróżnicowane i często odzwierciedlają odmienne czy wręcz przeciwstawne poglądy natury zasadniczej, a więc trudne do zmiany i mocno odporne na argumenty. Na przykład część ludzi upatruje sposobów na poprawę ochrony zdrowia (i całego świata) w surowym karaniu. Inni sądzą, że dobra ochrona zdrowia musi polegać na bezbłędnym działaniu i osobistym zaangażowaniu wszystkich jej pracowników. Wielu wskazuje na decydujące znaczenie właściwego finansowania. Prawdopodobnie ta różnorodność poglądów i brak wiarygodnych danych są przyczyną sporej liczby paradoksów w funkcjonowaniu i w postrzeganiu ochrony zdrowia.

Aby wymienić parę sprzeczności związanych z zagadnieniami roszczeń i odszkodowań można na przykład zwrócić uwagę, że chociaż wyniki leczenia ogromnej większości chorób stale poprawiają się i ludzie żyją dłużej i w lepszym zdrowiu, liczba zarzutów i roszczeń wobec ochrony zdrowia stale wzrasta. Bezpieczeństwo chorych dzięki postępowi wiedzy i technologii jest obecnie większe niż kiedykolwiek (leczy się wiele stanów i chorób, które jeszcze niedawno przebiegały w naturalny i najczęściej fatalny sposób, więc zagrożenia nie wiązano z leczeniem), ale im nowsze badanie, tym więcej wykrywa się „niepożądanych" działań związanych z leczeniem. Ochrona zdrowia jawi się społeczeństwu jako coraz groźniejsza i bardziej niebezpieczna. Pomimo całego postępu w ochronie zdrowia nadal nie można zagwarantować wyniku, ale coraz wyraźniejsza jest tendencja do uznawania każdego złego czy nawet niezadowalającego wyniku za błąd w postępowaniu.

Trudno dziwić się wymienionym paradoksom, jeżeli wiemy, że od 1975 r. w USA koszty związane z odszkodowaniami w ochronie zdrowia wzrastały rocznie o 12% i stanowią obecnie ok. 8% kosztu każdej procedury medycznej. W okresie 1975-2003 wzrosły one o 2000%, podczas gdy w tym samym czasie koszty opieki zdrowotnej wzrosły „tylko" o 450%. Koszt związany z każdym (zasadnym albo nie) roszczeniem wynosi średnio 24 tys. USD. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej staje się bardzo kosztowne, a w niektórych specjalnościach nie jest oferowane. W efekcie w regionach z bardzo dużym ryzykiem roszczeń brakuje specjalistów, szczególnie położników. Trudności pojawiają się również w leczeniu chorych po urazach, gdzie ryzyko roszczeń jest bardzo duże.

Szczególnie niepokojące są jednak dane, które wskazują, że wykładniczo rosnące odszkodowania nie służą pacjentom ani nie poprawiają jakości i bezpieczeństwa leczenia. Większość roszczeń nie trafia do sądu, a spośród nich tylko 20% kończy się korzystnie dla powoda. Analizy eksperckie wskazują, że tylko około połowa rozstrzygnięć sądów jest zgodna z oceną merytoryczną sprawy. W efekcie uzyskanie odszkodowania jest w bardzo dużym stopniu dziełem przypadku i przypomina bardziej loterię niż rzetelne i przewidywalne postępowanie. Stare powiedzenie o „uzdrawiających procesach" nie sprawdza się, a jakość oraz wyniki leczenia tam, gdzie zagrożenie roszczeniami jest największe, wcale nie są lepsze. Uzyskanie odszkodowania następuje po długim czasie, a z każdego zasądzonego dolara pacjent dostaje tylko ok. 20 centów, resztę otrzymają prawnicy i pochłoną koszty administracyjne.

Z punktu widzenia leczących bardzo niepokojąca jest tendencja do traktowania leczenia jako rodzaju kontraktu i przyjmowanie przez sądy, że skoro wynik jest niezadowalający, to ktoś musi być winnym. Tymczasem w ochronie zdrowia jesteśmy w stanie zapewnić tylko poprawność procedury i zgodność postępowania z przyjętymi zasadami powinna być podstawą oceny. Nawet banalne procedury wiążą się z ryzykiem i w najbliższej przyszłości nie da się go wyeliminować. Znane badania Institute of Medicine mówiące o dużej liczbie zgonów w szpitalach z powodu błędów wskazały jednocześnie, że ponad 80% tych błędów wynika ze złej organizacji, nie zaś z niewłaściwego postępowania jednej osoby.

Wspomniane problemy są silnym argumentem za poszukiwaniem innych rozwiązań, które mogłyby zatrzymać rozpędzające się stale błędne koło roszczeń i odszkodowań. Istnieją trzy główne propozycje, z których każda jest już wdrażana.

Pierwszą jest przyjęte w niektórych stanach USA ograniczenie maksymalnej wielkości odszkodowania za szkody niematerialne (zadośćuczynienia). Efektem jest ograniczenie spirali roszczeń i stabilizacja kosztów ubezpieczenia oraz wolniejszy wzrost kosztów odszkodowań, ale nadal nie poprawia się sytuacja poszkodowanego.

Druga to model negocjacyjny, również wdrożony w USA i w Danii. Polega on na ujawnianiu pacjentom wszystkich niepożądanych zdarzeń w trakcie leczenia i zawarciu ugody co do rekompensaty pieniężnej bez procedury sądowej. Koszty odszkodowań zmniejszają się o 1/3, liczba spraw w sądach o połowę, a czas do otrzymania odszkodowania o połowę. Model ten ma ważną zaletę polegającą na umożliwieniu otwartej dyskusji o błędach i poprawy bezpieczeństwa. Był bardzo popierany przez Baracka Obamę i Hillary Clinton, którzy podkreślali, że reforma odszkodowań powinna przede wszystkim służyć poprawie bezpieczeństwa pacjentów.

Trzeci model oddziela kwestie winy i błędu od kwestii odszkodowania. W Polsce znany jest on jako „skandynawski", choć jako pierwsza wprowadziła go Nowa Zelandia w 1972 r. Podstawowym założeniem jest w tym modelu pozasądowe rekompensowanie szkód powstałych w trakcie leczenia w możliwie najsprawniejszy sposób, w oparciu o ocenę merytoryczną. Ewentualne postępowanie w sprawie odpowiedzialności jest prowadzone oddzielnie. W Szwecji funkcjonuje model ubezpieczeniowy, w którym odszkodowanie można otrzymać za szkody, „których można było uniknąć". Jeżeli postępowanie oceniono jako prawidłowe, odszkodowanie nie jest przyznawane. Koszty administracyjne systemu wynoszą tylko kilka procent, pacjent otrzymuje ponad 80% przyznanej sumy w ciągu mniej niż 1 roku od zgłoszenia szkody. We Francji odszkodowanie jest przyznawane za każdą szkodę, w której nastąpiła utrata ponad 25% zdrowia, również jeżeli postępowanie było prawidłowe. W Nowej Zelandii dochodzenie roszczeń w związku ze szkodami medycznymi jest możliwe wyłącznie w drodze procedury administracyjnej, sprawy te nie są rozpatrywane przez sądy. W USA taki model stosowany jest w odniesieniu do niektórych roszczeń (na przykład związanych z położnictwem), aby umożliwić dostępność świadczeń w specjalnościach „wysokiego ryzyka".

Model odszkodowań bez dowodzenia winy popiera wiele organizacji pacjentów i lekarzy, ponieważ dodatkowo stwarza również realne szanse na poprawę jakości i bezpieczeństwa leczenia.

Doświadczenie Szwecji wskazuje, że dobry system odszkodowań za niepożądane zdarzenia związane z leczeniem powinien:

- opierać się na odpowiedzialności instytucji, nie zaś pojedynczych osób,
- oddzielić zagadnienia odszkodowań od postępowania w przedmiocie odpowiedzialności,
- polegać na procedurze administracyjnej zamiast sądowej, aby zmniejszyć koszty i skrócić czas postępowania,
- kompensować szkody, których można było uniknąć niezależnie od tego, czy popełniono błąd lub zaniedbanie,
- mieć ustaloną wysokość maksymalnego odszkodowania, aby ograniczać koszty oraz nie zniechęcać do leczenia trudnych przypadków,
- wykorzystywać informację uzyskaną w związku ze zgłoszonymi szkodami do poprawy bezpieczeństwa i do obniżenia kosztów ubezpieczenia od szkód medycznych.

Szwedzi polecają te założenia krajom, które chciałyby reformować swój system odszkodowań. Polska powinna z nich skorzystać, ponieważ już obserwujemy u nas wszystkie niekorzystne zjawiska znane z krajów „kryzysu odpowiedzialności cywilnej". USA przeżywają obecnie trzecią falę tego kryzysu. Może w Polsce udałoby się uniknąć pierwszej?

Ulga w bólu

dokończenie ze str. 6

jeśli stosuje się je dla przyjemności, to uzależnienie pojawia się automatycznie i błyskawicznie postępuje. Natomiast kiedy są stosowane w przypadku łagodzenia bólu – to ból jest czynnikiem, który zapobiega wystąpieniu uzależnienia psychicznego. Uzależnienie nie występuje u chorych na nowotwór, a u cierpiących na inne schorzenia nie przekracza 5% .

• Powiedział pan, że ból jest chorobą, a czy musi boleć?

– Światowa Organizacja Zdrowia WHO w 1986 r. określiła przewlekły ból jako chorobę, zwracano wtedy uwagę na ludzi cierpiących na bóle nowotworowe. Polski oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu IASP, od początku lat dziewięćdziesiątych, wspiera badania naukowe dotyczące bólu i ich zastosowania w praktyce klinicznej, propaguje informacje na ten temat, publikując w czasopiśmie „Ból", organizując szkolenia dla personelu medycznego, wydając certyfikaty szpitalom przyjaznym pacjentom.

Naszym sukcesem jest program „Szpital bez bólu". Jako pierwsi w Europie utworzyliśmy na CM UJ studia podyplomowe z medycyny bólu. Ich sukces zaskoczył nas – pierwszą edycję kończy ponad 120 osób. Są to lekarze chirurdzy, anestezjolodzy, pielęgniarki, na co dzień pracujący na oddziałach: intensywnej terapii, chirurgii, onkologii i pneumatologii oraz ginekologii. W ramach inicjatywy tworzenia „bezbólowych" szpitali polskie towarzystwa tych oddziałów zjednoczyły się i podjęły współpracę w walce o komfort pacjenta.

• Co zyskuje pacjent, który uczestniczy w programie szpitala bez bólu?

– Pacjent, który nie odczuwa bólu, szybciej wraca do zdrowia, a powikłania pooperacyjne rzadziej się pojawiają. Zyskuje na tym również szpital, który nie musi długo hospitalizować chorego. Pacjenci, którzy niejednokrotnie boją się operacji i skutków, jakie może ona wywołać, mają większe zaufanie do szpitali, w których prawidłowo uśmierza się ból. Niejednokrotnie wolą dłużej zaczekać na wolny termin zabiegu w szpitalu z certyfikatem leczenia bólu.

rozmawiała Olga Kleczka

Medicus medici lupus est

Krystyna Knypl

fot. Marek Stankiewicz

Nadeszły czasy, w których relacje panujące między lekarzami przypominają koszmarny sen. Czy znaną łacińską maksymę *homo homini lupus est* należy zastąpić modyfikacją, którą podałam w tytule? Opatruję tytuł znakiem zapytania i ciągle mam nadzieję, że sen zniknie, gdy szerzej otworzę oczy.

Konkurs na dobre samopoczucie

Ostatni egzamin testowy z interny, a także innych specjalizacji, przyprawił setki naszych kolegów o łzy, bezsenne noce i zwątpienie w sens pogłębiania wiedzy, bo czyż warto zaśmiecać sobie pamięć informacją o poziomie prolaktyny podczas orgazmu? Życzę wszystkim satysfakcjonujących w tym zakresie wyników, ale nie czyńmy z w sumie ulotnych stanów *core curriculum*! Czy koniecznie trzeba wiedzieć, czym charakteryzuje się zespół Bland-White-Garlanda, który zdarza się raz na 300 tys. urodzeń lub o nefropatii po nadużyciu ziół chińskich, której częstość pewnie nie jest większa? Wielu kolegów po tych testach – nieprofesjonalnie przygotowanych, składających się z pytań, których gramatyka i składnia wołają o pomstę do nieba (osławione podwójne zaprzeczenia!), o przebiegu podporządkowanym osobliwym regułom – poczuło się fatalnie. Nie jest dobrze, gdy twardzi ludzie, zahartowani w bojach na ostrych dyżurach, są bliscy łez lub zgoła ich nie kryją, a powodem tego są zachowania innych kolegów lekarzy.

W tym samym czasie, gdy wielu kolegów miało fatalny nastrój, walkę o palmę pierwszeństwa na niezmącenie znakomite samopoczucie toczyli między sobą dr Ewa Kopacz oraz prof. Zbigniew Gaciong. Dr Ewa Kopacz zapewniała w popularnej stacji telewizyjnej, że dzięki jej nieustannej trosce o nasz byt każdy lekarz będzie zarabiał co miesiąc 11 tys. zł, a mniej zarobi tylko leń patentowany, który wykręca się od dyżurów i leczenia *polskich pacjentów*. Rada bym była, gdyby dr Ewa Kopacz zaniechała nadużywania przymiotnika określającego narodowość, słowo pacjent w zupełności wystarczy. Mamy wiele przypadłości narodowych, ale *polski pacjent* to jeszcze nie choroba – przynajmniej nie ma jej w ICD-10.

O ile dr Ewa Kopacz wyznaje, że ma jeszcze coś do zrobienia (nie wiadomo czy należy się z tego cieszyć, czy martwić!), to prof. Zbigniew Gaciong czuje, że osiągnął stan doskonałości w wypełnianiu obowiązków konsultanta krajowego ds. chorób wewnętrznych. Szybko ustalił winnych fatalnych wyników egzaminu i swój władczy palec wskazujący skierował na zdających oraz opiekunów ich specjalizacji. Nie zwierza się ani na jotę jak wykonywał obowiązek nadzoru nad przebiegiem specjalizacji na poziomie krajowym w okresie minionych 5 lat. Nie wiadomo czy zapoznał się bliżej z realizacją przebiegu choć jednej specjalizacji w trakcie jej trwania, ale wie, że są źle prowadzone. Za czasów jego urzędowania na stanowisku konsultanta krajowego średnia ocena z egzaminu z interny spadła z 3,4 do 2,7 i jest najniższa w historii. Złoty medal dla prof. Zbigniewa Gacionga w dyscyplinie „jestem boski i bez troski”, srebrny dla dr Ewy Kopacz. Brązowy przyznamy w dalszej części felietonu.

U progu Nowego Roku życzę obojgu wymienionym kolegom, aby starali się do swych publicznych wypowiedzi o innych kolegach lekarzach dodać choć jedno deko samokrytycyzmu.

Profesorsko-ordynatorskie troski

Nie wszyscy koledzy czują się tak dobrze jak dr Ewa Kopacz i prof. Zbigniew Gaciong. Kardiolodzy szukają pociechy na łamach wysokonakładowych i od lat z definicji nieprzychylnych lekarzom mediów codziennych, w związku z nowymi regulacjami NFZ-u dotyczącymi leczenia ciężkiego nadciśnienia. Wtórują im ordynatorzy oddziałów internistycznych, szlochając na łamach prasy lokalnej. Prym wśród szlochających wiedzie prof. Jacek Musiał, prezes Towarzystwa Internistów Polskich, śląc do NFZ-u list o bulwersującej treści (lektura dostępna pod adresem **http://tip.org.pl/show.php?aid=41239**), w którym wypowiada się *przeciwko utrzymaniu specjalizacji z hipertensjologii* (...), *bowiem utrzymanie tej specjalizacji odbija się już teraz negatywnie na opiece nad chorymi* (...). Opinia ta ma być podsumowaniem wniosków z ankiety, jaką ZG TIP przeprowadził wśród *125 kierowników klinik internistycznych i pokrewnych*. Z niepokojem czekam, czy prominenci z TIP-u nie przeprowadzą następnej ankiety i na jaki temat. Może na temat zlikwidowania tramwajów, bo mają pierwszeństwo przed ich samochodami?

Nie jestem pewna czy owi zatroskani koledzy wiedzą, że z chwilą wprowadzenia wyceny proporcjonalnej do kosztów leczenia ciężkiego nadciśnienia wzrosła lawinowo częstość rozpoznań „przełomów nadciśnieniowych” *larga manu* serwowanych przez wiele oddziałów? Jednorazowa zwyżka ciśnienia do 180/120 u pacjenta niezbyt regularnie przyjmującego leki dla chcących podratować swój szpitalny budżet oddziałów wewnętrznych bywa wystarczającym powodem do rozpoznania „ciężkiego nadciśnienia”. Nadciśnienie nigdy nie leżało w centrum szczególnych zainteresowań kardiologów – wystarczy uważnie przestudiować tematy zagadnień do egzaminu specjalizacyjnego z kardiologii; pytania dotyczące nadciśnienia występują w niewielkim odsetku w porównaniu choćby z pytaniami z kardiologii interwencyjnej, a następnie porównać je z częstością występowania nadciśnienia oraz częstością wskazań do interwencji na naczyniach wieńcowych w populacji. Również kongresy kardiologiczne nie hołubią tematyki nadciśnieniowej.

Zaryzykuję więc niemiłe kardiologom i niektórym internistom stwierdzenie, że o nadciśnieniu hipertensjolodzy wiedzą więcej i leczą oraz diagnozują swoich pacjentów lepiej. Gdyby ktoś miał wątpliwości, zgłaszam się do konkursu wiedzy o nadciśnieniu i skłonna jestem stawić czoło wszystkim kardiologom oraz innym specjalistom, którzy sądzą, że wiedza o nadciśnieniu jest powszechna i równa. Gotowa jestem także wygłosić wykład „Moja recepta na leczenie nadciśnienia” na posiedzeniu każdego towarzystwa naukowego lub oddziału szpitalnego, który mnie zaprosi. Gwarantuję autorskie omówienie tematu, a także obiecuję nie cytować do utraty tchu tego, co opublikowano ostatnio na łamach anglojęzycznej prasy o wyższości leku A nad lekiem B. Deklaruję zgłoszenie się na wykład niekomercyjny i nie oczekuję nawet jednej złotówki honorarium, ceniąc sobie najwyżej możliwość podzielenia się wiedzą i doświadczeniem z innymi kolegami.

Wiedza to nie demokracja i nie ma równości w tej materii, a już z pewnością wiedza i nieomylność nie są przypisane do żadnego stanowiska.

Pisząc do wielu kolegów z prośbą o zajęcie stanowiska na temat ostatnich wydarzeń w naszym środowisku doszłam do wniosku, że aby zrobić karierę instytucjonalną w naszym kraju, trzeba przede wszystkim umieć ładnie milczeć na drażliwe tematy. Dobitnym tego przykładem jest brak głosu Towarzystwa Internistów Polskich i jego prominentów na temat ostatniego egzaminu specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych, którym nie zabrakło jednak czasu i energii na pisanie listów dyskredytujących innych kolegów lekarzy. Brązowy medal „za mistrzostwo w wytrwałym milczeniu, gdy trzeba głos zabrać, a tego nie czyni się” wędruje do ZG TIP.

Po napisaniu tego tekstu czuję, że instytucjonalna kariera w ojczyźnie mi nie grozi. Na szczęście nie muszę niczego zdawać!

krystyna.knypl@compi.net.pl

Rozszyfruj receptę

Po trudnej konsultacji ortopedycznej (nadal tylko dwa prawidłowe rozszyfrowania!) kolejna recepta była łatwiejsza i nadeszło sporo rozwiązań. Ćwiczenie umiejętności „co autor miał na myśli” jest bardzo potrzebne lekarzom, zwłaszcza tym z kolegów, których czeka egzamin specjalizacyjny. Chcąc wesprzeć ich w podwyższaniu umiejętności tej jakże trudnej sztuki rozszyfrowywania cudzych myśli na tematy zawodowe przedstawiamy trudniejszy przypadek, którym jest tekst kolejnej konsultacji.

OPINIA LEKARZA SPECJALISTY

Skoro nadeszło wiele rozwiązań, to i laureatów mamy więcej niż zwykle. Zostają nimi: **Łukasz Szlachta**, stażysta, **Ewa Gonet**, stażystka, **Karolina Griesmann, Magdalena Piątkowska, Anna Pawlak-Cieślak**, internistka, **Małgorzata Czajka-Stelmaszewska** z Gdyni, **Monika Siembab, Ewa Popko, Stefan Słowiński**, kardiolog z Tarnowa, **Barbara Wiszowata**, stomatolog.
Wszystkich laureatów proszę o uzupełnienie danych o adres pocztowy, pod który prześlemy nagrody książkowe oraz o podanie specjalizacji posiadanej lub planowanej. Czekam na rozwiązania, pod adresem: **krystyna.knypl@compi.net.pl**

REKLAMA

REKLAMA

Jakoś czy jakość?

Działania długofalowe

Andrzej Włodarczyk i Edward Byczyński

Bez uporządkowanego, spójnego systemu informacji nie można mówić o optymalnym finansowaniu usług medycznych ze środków publicznych. Na wszystkich poziomach zarządzania w ochronie zdrowia powinny być zapewnione rzetelne przepływy informacyjne i biznesowe.

Ze względu na ograniczoną ilość środków przeznaczanych w Polsce na ochronę zdrowia odpowiednie zarządzanie tymi środkami jest głównym celem, dla którego realizacji należy planować proces zbierania, przekazywania i przetwarzania danych w systemach informacyjnych – w rejestrze usług medycznych na poziomie krajowym oraz w szpitalach i poradniach.

Narzędziem służącym do stworzenia systemu informacyjnego jest system informatyczny. Źle zaprojektowany, przy źle działającym systemie informacyjnym, będzie powielał, a nawet zwielokrotniał błędy.

Największe możliwości poprawy polskiego systemu ochrony zdrowia tkwią w szpitalach i poradniach. Lepsze zarządzanie w tych instytucjach powinno pozytywnie wpłynąć na efektywność całego systemu. Należy podkreślić, że celem nie jest uzyskanie oszczędności, bo przy niskich nakładach i wysokich oczekiwaniach społecznych jest to praktycznie niewykonalne, lecz osiągnięcie lepszych efektów zdrowotnych poprzez bardziej racjonalne wykorzystanie publicznych środków finansowych.

Istotną kwestią przy planowaniu systemów informacyjnych w ochronie zdrowia (zresztą i w innych dziedzinach) jest dotarcie do wiarygodnych źródeł danych. Dlatego planując rozwiązania kompleksowe należy przede wszystkim zwrócić uwagę na sposób zbierania danych.

Omawiany projekt ma stanowić wsparcie umożliwiające zbudowanie rzetelnego systemu:

a. Jednorodnych Grup Pacjentów,

b. koszyka świadczeń zdrowotnych składającego się ze świadczeń w pełni gwarantowanych przez państwo oraz świadczeń częściowo gwarantowanych (którego wprowadzenie, zwłaszcza przy braku zgody politycznej na wprowadzenie dopłat od pacjentów, jest konieczne),

c. dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,

d. Informatycznego Rejestru Usług Medycznych.

Optymalizacja finansowania systemu ochrony zdrowia musi opierać się na solidnych podstawach metodologicznych. Elementami koniecznymi do realizacji projektu są, co nie zawsze okazuje się oczywiste, wymienione w porządku chronologicznym:

1. gromadzenie danych – zaplanowana obserwacja i pomiar zjawisk, zarówno medycznych, jak i ekonomicznych,
2. interpretacja i wartościowanie zjawisk – stosowanie jawnych i czytelnych zasad oceny obserwacji i pomiarów,
3. zarządzanie – decyzje podejmowane na podstawie wiarygodnych informacji oraz systemowe oddziaływanie na opisane zjawiska.

Obserwując polski system ochrony zdrowia można odnieść wrażenie, że występuje tu odwrotna kolejność działań: najpierw podejmuje się decyzje zarządcze, często oparte na założeniach pozbawionych podstaw empirycznych, a potem ewentualnie gromadzi się dane w celu uzasadnienia podjętych decyzji. Brak danych oraz czytelnych zasad ich oceny powoduje, że każda podejmowana decyzja jest równie zasadna i niemożliwa do weryfikacji zarówno przed wprowadzeniem zmian, jak i potem. Standardem postępowania, dla aktualnych i przyszłych reformatorów, powinno być, równoczesne z planowaniem, wskazanie sposobu pomiaru efektów działań – i przed wprowadzeniem zmian, i po ich dokonaniu.

Przez system ochrony zdrowia należy rozumieć nie tylko instytucję ubezpieczycieli i płatników, ale przede wszystkim świadczeniodawców oraz obywateli, których składki ubezpieczeniowe zasilają system. Poczynając od roku 2004 polski system ochrony zdrowia został otwarty dla obywateli Unii Europejskiej – zgodnie z prawem wspólnotowym. Konsekwencją tego jest konieczność przewidywania i uwzględniania skutków finansowych rozliczeń międzynarodowych. Trzeba więc:

– dopracować cennik świadczeń, który musi być:
  - zróżnicowany co do wysokości stawek dostosowanych do aktywności świadczeniodawców,
  - dostosowany do kosztów całkowitych ponoszonych przez świadczeniodawców,
  - obejmujący wszystkie świadczenia podlegające rozliczeniom (szczególną uwagę należy poświęcić świadczeniom ambulatoryjnym oraz indywidualnym kosztom leków),
– wdrożyć system rejestracji rzeczywistych kosztów świadczeń na poziomie krajowym w oparciu o metodykę umożliwiającą rzeczywistą wycenę dowolnego katalogu świadczeń,
– opracować system rozliczania kosztów nadzwyczajnych świadczeń zdrowotnych.

Konieczne działania długofalowe można podzielić na grupy, które odnoszą się do:

1. Szpitalnych systemów informacyjnych. Celem jest tu opracowanie kryteriów oceny i wyboru optymalnego systemu. Można to osiągnąć poprzez:

a) opisanie pożądanych cech szpitalnego systemu informacyjnego – minimalnych wymagań strukturalnych, takich jak: zakres gromadzonych danych, opis modułów, wymagań funkcjonalnych itd.,

b) zagwarantowanie obsługi formatu dokumentu elektronicznego, służącego do przekazywania informacji w całym systemie ochrony zdrowia pomiędzy wszystkimi instytucjami ochrony zdrowia,

c) opisanie standardów w zakresie wymiany danych w obrębie szpitalnych systemów informatycznych w celu zagwarantowania rzeczywistej wymiany danych,

d) promowanie standardów informacji medycznych, ekonomicznych, statystycznych, normatywnych oraz innych danych wykorzystywanych w sektorze zdrowia, zgodnych ze standardami informacji zdrowotnej Unii Europejskiej, a w szczególności dokumentów normatywnych opracowywanych w Europejskim Komitecie Normalizacyjnym – CEN.

2. Koncepcji powstania Centrum Gromadzenia i Przetwarzania Informacji w Ochronie Zdrowia, które by zbierało i przetwarzało dane z grupy wybranych szpitali. Byłoby to podstawą do:

a) utworzenia krajowej bazy danych o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych, stanowiącej rzetelną podstawę systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. W tym celu konieczne jest opracowanie:
  – zasad wyboru (zestawu kryteriów i mechanizmu ich weryfikacji) reprezentatywnej i wiarygodnej grupy świadczeniodawców,
  – mechanizmu aktualizacji oraz weryfikowania klasyfikacji pierwszorzędowych, a w szczególności klasyfikacji procedur medycznych,
  – normatywnego opisu standardu dla poszczególnych procedur medycznych, wycenianych w wybranych szpitalach,

b) oceny aktywności wszystkich świadczeniodawców otrzymujących środki publiczne. Ocena ta powinna być niezależna od sposobu kontraktowania i rozliczania świadczeń. W związku z tym system musi:
  – opierać się na danych o kosztach rzeczywistych za poszczególne świadczenia,
  – opierać się na czytelnych zasadach gromadzenia danych i prowadzenia obliczeń,
  – zawierać wbudowane mechanizmy doskonalenia metodyki.

3. Monitorowania i zarządzania czasem oczekiwania na deficytowe usługi medyczne.

Wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych (zwłaszcza, że „pierwszy" koszyk ze względów politycznych musi być bardzo obszerny) i dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych nie wyeliminuje wprawdzie – z powodu niskich nakładów na ochronę zdrowia – deficytu świadczeń medycznych, jednak niewątpliwie wpłynie na zmniejszenie się kolejek i lepszy dostęp do świadczeń medycznych. Jednocześnie należy stworzyć system monitorowania i zarządzania czasem oczekiwania na deficytowe usługi medyczne. Centralne monitorowanie czasu oczekiwania i liczby udzielanych deficytowych usług medycznych pozwoli na lepsze poznanie potrzeb zdrowotnych, utworzenie ogólnokrajowego programu redukcji kolejek oczekujących, kontrolę procesu oczekiwania z punktu widzenia sprawiedliwego i równego dostępu do świadczeń oraz dostarczanie pacjentom i lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej informacji o szpitalach, w których czas oczekiwania jest najkrótszy.

Należy więc:

a) zaprojektować i przetestować zawartość, zgodnego z ustawą o ochronie danych osobowych, pakietu informacyjnego dotyczącego przeciętnego czasu oczekiwania na deficytowe usługi medyczne, charakterystyki pacjentów oczekujących na zabiegi oraz dynamiki udzielania deficytowych świadczeń medycznych,

b) zaprojektować i przetestować informatyczny system zbierania danych z wybranych szpitali, w których istnieją aktywne listy oczekujących,

dokończenie na str. 15

REKLAMA

REKLAMA

fot. Marek Stankiewicz

informuje

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 5 XII 2008

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę prof. dr. hab. **Bogdana Jaremina** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny transportu**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty**. Prezydium podkreśliło, że lekarz rezydent ma pełne prawo wykonywania zawodu i nie zagwarantowanie mu co najmniej 100% przeciętnego wynagrodzenia jest niedopuszczalne. Ponadto propozycja 70% wydaje się być nieporozumieniem w związku z tezami uzasadnienia do projektu ustawy. Prezydium zwróciło uwagę, że art. 3 przewidujący przedłużenie terminu wydania nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów należy skreślić. Dokonana 12.03.2008 r. nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zakreśliła ministrowi zdrowia termin 12 miesięcy na przyjęcie nowych regulacji. Obecnie, po upływie ponad pół roku, brakuje projektu, który realizowałby potrzeby środowiska lekarskiego, dalsze przedłużanie czasu wydania nowego rozporządzenia nie oznacza wydłużenia okresu konsultacji i uzgodnień, lecz przyzwolenie na nie podejmowanie intensywnych prac legislacyjnych.

NRL – 12 XII 2008

Przyjęto budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2009.

Została zaprezentowana informacja o **przygotowaniach do jubileuszu XX-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego**.

NRL przyjęła zmianę uchwały w sprawie **regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów**. W Rozdziale 8 Regulaminu: „Przepisy końcowe" w § 50 dodano zapis: „To samo stanowisko funkcyjne w organach izb lekarskich można pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje niezależnie od zmiany nazw lub obszarów działania okręgowych izb lekarskich.".

NRL przyjęła stanowisko w sprawie zarządzenia nr 93/2008 DSOZ Prezesa NFZ z 22 X 2008 r. w sprawie **określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne**. Samorząd lekarski zwrócił uwagę, że w ww. załączniku w pkt. 37.1.2 organizacja udzielania świadczeń, zawarty jest wymóg: „stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w miejscu" – co powoduje, iż całodobowa opieka w oddziale ginekologii i położnictwa winna być pełniona przez lekarza specjalistę II° z ginekologii lub posiadającego tytuł specjalisty. Zapis ten wyklucza możliwość pełnienia dyżurów medycznych samodzielnie przez lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji, a więc lekarzy, którzy zgodnie z definicją zawartą w tym zarządzeniu są lekarzami tej specjalności. Przyjęcie takich wymogów skutkuje tym, iż dyżury na tych oddziałach winny być praktycznie pełnione albo tylko przez lekarza specjalistę, albo przez dwóch lekarzy – lekarza specjalistę i lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji pod kierunkiem tego pierwszego. NRL zwróciła się do ministra zdrowia o uchylenie ww. zarządzenia Prezesa NFZ.

NRL przyjęła **apel w sprawie polityki Narodowego Funduszu Zdrowia**. NRL zwróciła się do Prezesa Rady Ministrów o pilne zajęcie stanowiska w kwestii nieodpowiedzialnej polityki Narodowego Funduszu Zdrowia, która zmierza do wzniecenia niepokojów społecznych, w tym strajków, w tak niestabilnym przecież systemie ochrony zdrowia. Działania te grożą również wznowieniem spirali zadłużeń placówek ochrony zdrowia. Ostatnim nieodpowiedzialnym działaniem NFZ-u jest zamysł realnego obniżenia wartości punktów i stawek kontraktowanych we wszystkich rodzajach świadczeń medycznych na rok 2009. Jednocześnie próbuje się wprowadzić w błąd opinię publiczną informacją, że środki finansowe na ten cel uległy zwiększeniu poprzez wprowadzenie nowego systemu rozliczania świadczeń (jednorodne grupy pacjentów). Pełny tekst apelu znajduje się na stronie internetowej **www.nil.org.pl**

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy Prawo Farmaceutyczne** oraz o zmianie niektórych innych ustaw. NRL zwróciła uwagę, że zasady wykonywania zawodu lekarza oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej określają przepisy ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Tworzenie dodatkowej regulacji w tych sprawach nie wydaje się potrzebne. Ponadto z projektowanego przepisu wynika, że lekarzowi ma być przypisana wyłączna odpowiedzialność za zastosowanie produktu leczniczego, a więc także wówczas, gdy lekarz zalecił jego zastosowanie zgodnie z wiedzą medyczną istniejącą na temat danego produktu, a negatywne skutki, które wystąpiły, wynikały z niewłaściwego postępowania innych osób, za które lekarz nie ponosi odpowiedzialności lub z cech samego produktu. Takie znaczenie tego przepisu nie może zostać zaakceptowane.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu **ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia**. W związku z faktem, że przesłany do konsultacji społecznych projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia jest niemalże identyczny z projektem o tym samym tytule, przekazanym z Ministerstwa Zdrowia w ramach konsultacji zewnętrznych we wrześniu 2007 r., stanowisko NRL z 14.09.2007 r., nr 14/07 w sprawie projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia pozostaje w znacznym stopniu aktualne. NRL podkreśliła, że potrzeba powstania „systemu informacji o ochronie zdrowia" jest oczywista i wynika przede wszystkim z konieczności optymalizacji wydatków na zdrowie społeczeństwa, potrzeby racjonalnego planowania oraz umożliwienia pacjentom korzystania ze zdobyczy współczesnej medycyny na sprawiedliwych zasadach. Burzliwy rozwój dzisiejszej techniki, w tym informatyki daje wiele możliwości, ale stanowić może również niebezpieczną pokusę budowania rejestrów, systemów i różnego rodzaju platform w sposób nieracjonalny. Jednak system przedstawiony w projekcie ustawy wymaga jeszcze dopracowania.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**. NRL zwróciła uwagę, że z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, iż proponowane rozwiązanie ma być lepsze, „(...) *jeszcze bardziej przybliżać kwotę przyznawaną każdemu województwu do faktycznych kosztów funkcjonowania systemu w danym województwie* (...)". W związku z takim uzasadnieniem pojawia się pytanie, dlaczego rozwiązanie to jest proponowane jedynie na najbliższy rok. Nie wydaje się, aby jakaś zasadnicza zmiana miała nastąpić po upływie roku i zróżnicowanie to zniknęło lub choćby uległo znacznemu zmniejszeniu. W takiej sytuacji, zdaniem NRL, bardziej racjonalnym działaniem wydaje się znowelizowanie istniejących przepisów, w tym upoważnienia do wydania rozporządzenia określającego algorytm podziału środków lub zapisania odpowiedniego mechanizmu w ustawie w sposób zapewniający właściwy podział środków finansowych dla poszczególnych województw na działanie zespołów ratownictwa medycznego.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie **ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**. NRL, po zapoznaniu się z projektem, z aprobatą przyjmuje propozycję zmiany art. 81 ust. 2. Projektowana regulacja uprości kwestię odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne osobom prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą, do których zaliczają się lekarze, lekarze dentyści wykonujący zawód w ramach praktyk lekarskich.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w I Gdańskiej Konferencji Stomatologicznej.
- Udział w naradzie w Centrum Onkologii nt. wieloletniej strategii działań ograniczających zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL.
- Udział w posiedzeniu Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL.
- Udział w posiedzeniu Komisji Etyki NRL.
- List do Tomasza Darkowskiego, z-cy dyrektora Departamentu Współpracy Międzynarodowej i Prawa Europejskiego w Ministerstwie Sprawiedliwości – uwagi do projektu przewodnika, opracowanego przez Komitet Zarządzający ds. Bioetyki Rady Europy (CDBI).
- Spotkanie z podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia A. Fronczakiem nt. projektowanych zmian w systemie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.
- Udział w spotkaniu lekarzy z „Protest PES" z podsekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia A. Fronczakiem.
- Udział w spotkaniu przedstawicieli samorządu lekarskiego z ministrem obrony narodowej B. Klichem.
- Udział w posiedzeniu Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL.
- List do Michała Serzyckiego, generalnego inspektora ochrony danych osobowych – prośba o przeprowadzenie kontroli zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych lekarzy przez administratora strony internetowej www.znanylekarz.pl

Tomasz Korkosz
tel. 022-559-13-27, 0602-218-710
faks 022-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Jakość czy jakość?

dokończenie ze str. 13

c) zaprojektować i poddać konsultacji ogólne zasady tworzenia kolejek oczekujących na deficytowe usługi medyczne.

4. **Zwiększenia efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez identyfikację grup społecznych z problemami zdrowotnymi.**
W tym celu powinno się wykorzystać „całościowy rekord informacji o pacjencie", zgodnie ze wskazaniami WHO zawartymi w programie „Zdrowie dla wszystkich", w którym podkreśla się ekonomiczne aspekty bliższego określenia grup społecznych charakteryzujących się złym stanem zdrowia i gorszym dostępem do świadczeń.
Osiągnąć to można poprzez:
   - dokonanie przeglądu dotychczasowych rozwiązań,
   - zaprojektowanie i przetestowanie (w ramach „rekordu" danych o pacjencie wykorzystywanego w polskim systemie ochrony zdrowia) wskaźników statusu społecznego użytecznych do pomiaru dostępności do świadczeń zdrowotnych,
   - zaprojektowanie i przetestowanie sposobu kategoryzowania niezbędnych danych dotyczących trybu hospitalizacji oraz zastosowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

5. **Stworzenia pakietu narzędzi informatycznych wspomagających proces zarządzania, wykorzystujących dane z systemów informacyjnych.**
System informacyjny powinien wspomagać zarządzanie w polskich szpitalach i poradniach. Można rozważyć wprowadzenie testów – np. w badaniu pilotażowym – pakietu narzędzi informatycznych służących do wspomagania zarządzania. Powinny one wykorzystywać dane z systemów informacyjnych, a w szczególności – wiedzę o rzeczywistych kosztach świadczeń zdrowotnych. Pozwoli to prawidłowo kierować placówkami ochrony zdrowia, poprzez zastosowanie takich mechanizmów, jak: benchmarking, współpraca i szkolenia na odległość, budżetowanie jednostek organizacyjnych placówek, zarządzanie przez jakość, zarządzanie poprzez opisanie i optymalizowanie procesów informacyjnych i pilotażowych w szpitalu.

Wszystkie propozycje zmian, opisane zarówno w pierwszej części artykułu („GL" nr 12/2008), jak i w tej, nie zastąpią koniecznego podnoszenia nakładów na zdrowie Polaków.

Polska należy do grupy krajów, które przeznaczają na ochronę zdrowia niewielki odsetek PKB, w dodatku – w porównaniu z bardziej zamożnymi krajami UE – niewielkiego PKB. Jesteśmy – z nakładami ok. 4,5 % PKB – na szarym końcu Europy. Rozwój coraz kosztowniejszych technik medycznych, postępująca integracja z Unią, a także wzrost oczekiwań społecznych dotyczących dostępu do najnowszych metod leczenia będą wymuszały podnoszenie nakładów na ochronę zdrowia. Im wcześniej zaczniemy to robić, tym przepaść cywilizacyjna w polskim systemie ochrony zdrowia w stosunku do innych krajów UE będzie mniejsza. Za minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia należałoby przyjąć 6 % PKB (zakładając taki wynik najpóźniej w roku 2010), a w latach następnych – stopniowy wzrost o minimum 0,3 % PKB rocznie.

Mówiąc o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia nie sposób nie przypomnieć o deklarowanej w czasie kampanii wyborczej obietnicy obecnie rządzącej koalicji o reformie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Nie do zaakceptowania z punktu widzenia sprawiedliwości społecznej jest dalsze utrzymywanie aktualnego stanu, w którym ok. 30 % obywateli naszego kraju w praktyce nie płaci składki zdrowotnej.

Andrzej Włodarczyk
i Edward Byczyński

Andrzej Włodarczyk jest chirurgiem, wiceprezesem NRL, przewodniczącym ORL w Warszawie
Edward Byczyński jest przewodniczącym KT 302 ds. Zastosowania Informatyki w Ochronie Zdrowia w Polskim Komitecie Normalizacyjnym

Pediatrzy i lekarze rodzinni

Kto skuteczniej leczy dzieci

**Polskie Towarzystwo Pediatryczne obchodzi 100 lat istnienia. Średnia wieku jego członków nie odbiega od średniej wieku (58 lat) statystycznego polskiego pediatry.
PTP w alarmującym liście otwartym do ministra zdrowia po raz kolejny zwraca uwagę na sytuację w polskiej pediatrii: jest źle, by nie powiedzieć – bardzo źle.
Za niedostatki opieki nad dziećmi Towarzystwo winni system, ale nieformalnie pediatrzy nie szczędzą krytyki i lekarzom rodzinnym.
W grudniowym wydaniu miesięcznika „Rynek Zdrowia" ukazał się obszerny raport o stanie polskiej pediatrii.**

Już tylko we wspomnieniach istnieją takie instytucje, jak poradnie matki i dziecka, poradnie wieku rozwojowego, nie wspominając o lekarskich gabinetach w placówkach oświaty.

– W opinii Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego sytuacja jest dramatyczna. Jeszcze kilka lat temu nasze Towarzystwo liczyło ok. 10 tys. pediatrów, a obecnie skupia niespełna 3 tys. Kolejne trzy tysiące lekarzy pediatrów zrzeszają towarzystwa specjalistyczne. Łącznie mamy więc ok. 6 tys. pediatrów, a powinno być o ok. cztery tysiące więcej – wylicza prof. Alicja Chybicka, prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Skutki zaniedbań

Zbyt późne rozpoznania większości chorób u najmłodszych rodaków, poważne braki kadrowe wśród pediatrów, upadek medycyny szkolnej. Skutki tych i innych problemów naszej pediatrii muszą budzić niepokój. – Ryzyko zgonu dzieci poniżej 15 roku życia jest w Polsce o 40% wyższe niż ich rówieśników w krajach Unii Europejskiej – alarmują pediatrzy.

– Znamy już wyniki badań przesiewowych przeprowadzonych na 30 tys. dzieci w rejonie Wrocławia, finansowane przez wrocławski Urząd Miasta. Okazało się, że: 60% dzieci ma próchnicę, 40% – wady postawy, znaczny był także odsetek nierozpoznanych wad serca, alergii – informuje „Rynek Zdrowia" prof. Alicja Chybicka.

Podobne badania przeprowadzone na Śląsku wykazały u 30 proc. gimnazjalistów wady układu kostno-stawowego, a u 70 proc. jedenastolatków próchnicę.

W woj. śląskim sytuacja jest wręcz krytyczna. Dwustu czynnych zawodowo pediatrów, czyli jedna szósta zatrudnionych, to emeryci! Młodej kadry nie ma, bo nie opłaca się być pediatrą. Zgodnie z obowiązującym prawem pediatra nie może mieć prywatnej praktyki. Nic dziwnego, że niedostatki kadrowe łatane są zatrudnianiem emerytów, nierzadko mających 70 i więcej lat, a rolę pediatrów przejęli lekarze rodzinni.

– W mojej klinice pracuje 83-letnia lekarz pediatra – dodaje prof. Chybicka, kierująca Katedrą i Kliniką Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Co i kto potrafi

Sumując czas przeznaczony na naukę specjalizacji można rzec, że lekarz rodzinny pediatrą staje się po kilkumiesięcznym przeszkoleniu.

– Widać tego efekty. Poprawiamy za nich – komentuje dr Tomasz Rzemieniuk, ordynator oddziału pediatrii w sosnowieckim Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II.

Zdaniem prof. Jerzego Bodalskiego z Kliniki Chorób Dzieci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi lekarze rodzinni, których jest zdecydowanie za mało, i co skutkuje brakiem czasu dla pacjenta, są bardzo ofiarnie pracującymi, lecz mają jedną wadę: nie potrafią leczyć dzieci.

Te i podobne uwagi są ilustracją otwartego już sporu między specjalistami z dziedziny pediatrii a lekarzami reprezentującymi młodą – bo mającą w Polsce zaledwie 10-letnią historię – specjalizację, jaką jest medycyna rodzinna.

Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dr Adam Windak uważa, że opinie na temat niedostatecznych działań lekarzy rodzinnych w systemie ochrony zdrowia nie są poparte żadnymi dowodami. – Przykro to stwierdzić, ale nawet szacowni profesorzy wypowiadają w tej sprawie tezy, które trudno obronić – zaznacza.

Gdzie tkwią przyczyny złego

Znane powiedzenie mówi, że jak nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego miało być sposobem na zoptymalizowanie kosztów ochrony zdrowia. By zostać pediatrą, trzeba było przez sześć lat robić tzw. dwójkę i dodatkowo zaliczyć dwa egzaminy przed komisją państwową.

Krytycy przyjętych rozwiązań mówią: – Tymczasem lekarze rodzinni w dziedzinie pediatrii są szkoleni pół roku. I to oni przejęli opiekę nad zdrowiem dzieci i młodzieży w Polsce pozostawiając kilka tysięcy zdezorientowanych pediatrów praktycznie bez możliwości uprawiania zawodu, do którego przez lata byli przygotowywani.

Idąc dalej tropem tych rozważań wypowiadanych przez profesorskie autorytety w pediatrii: do tych problemów należy dodać likwidację profilaktyki prowadzonej w szkolnych gabinetach przez likwidację tychże gabinetów i już mamy czarną statystkę, choćby wynikającą z braku systemowego prowadzenia szczepień. Jedna pielęgniarka kursująca między kilkoma tzw. gabinetami szkolnymi nie zastąpi ani wiedzą, ani poświęceniem kwalifikowanych pediatrów.

Zdaniem lekarzy rodzinnych

Lekarze rodzinni podkreślają, że nie dyskutują o faktach. A fakty są takie, że spory odsetek dzieci ma wady postawy, ogólny stan zdrowia młodego pokolenia też budzi obawy, a dużo poważnych chorób, w tym nowotworowych, jest rozpoznawanych zbyt późno. W przekonaniu lekarzy tej specjalności wszystko to pewnie prawda, tyle tylko, że związek pomiędzy skutkiem (kłopoty zdrowotne dzieci i młodzieży) a przyczyną (niedostateczna opieka ze strony lekarzy rodzinnych) nie jest prawdziwy.

Lekarzami rodzinnymi nie są wyłącznie ci, którzy byli kształceni w trybie rezydentury, a więc bezpośrednio po studiach. Co więcej, prawdopodobnie stanowią mniejszość w tej grupie. Większość (jeśli trzymać się opinii KLRwP), to lekarze, którzy już wcześniej pracowali w POZ i posiadali inne specjalizacje. Znaczącą, o ile nawet nie największą, grupą wśród nich są lekarze pediatrzy.

– Mogę tak powiedzieć patrząc na frekwencję podczas szkoleń prowadzonych w naszym ośrodku przy UJ, który jest jednym z trzech największych w kraju. W grupie lekarzy, którzy odbywali tutaj szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej na pewno było najwięcej właśnie... pediatrów – twierdzi Adam Windak. Z kolei według jego wyliczeń maksymalnie 1/3 dzieci może znajdować się pod opieką lekarzy rodzinnych, którzy nie są jednocześnie pediatrami.

Pytanie o system

PTP w liście otwartym skierowanym do Ewy Kopacz apelowało m. in. o nowelizację aktów prawnych, tak by ustawowo regulowały one swobodny dostęp choremu dziecku do lekarza pediatry bez skierowania od lekarza POZ. Podobną sugestię wyraził niedawno Rzecznik Praw Dziecka. KLRwP tę inicjatywę rzecznika uznało za „nieodpowiedzialną", bo jej realizacja wg lekarzy rodzinnych miałaby prowadzić do wydłużenia czasu oczekiwania na konsultacje i zagroziłaby działaniom profilaktycznym.

Trudno będzie o konsensus w tej sprawie. Spór między pediatrami a lekarzami rodzinnymi jest odsłoną od dawna toczącej się dyskusji o miejscu lekarzy rodzinnych w systemie. Zdaniem prezesa zarządu KLRwP są dzisiaj widoczne tendencje do obwiniania lekarzy rodzinnych o część niepowodzeń systemu ochrony zdrowia. – A może lepiej zastanowić się czy ten system jest właściwie zorganizowany i czy nakłady finansowe oraz sposób wydawania pieniędzy nie wymagają zmian? – pyta, dodając, że propozycje takich zmian KLRwP już przedstawiało wysyłając stosowne opracowania do członków rządu i parlamentu.

Andrzej Bęben i Piotr Wróbel
„Rynek Zdrowia"

Obszerny raport o stanie polskiej pediatrii ukazał się w miesięczniku *„Rynek Zdrowia"* nr 12/41, grudzień 2008.

REKLAMA REKLAMA REKLAMA

Teraz bardziej niż kiedykolwiek

Koncepcję podstawowej opieki zdrowotnej (*primary health care*) sformułowano trzydzieści lat temu. Stanowiła ona zbiór wartości, zasad i przekonań zmierzających do podniesienia poziomu zdrowotności w społeczeństwach znajdujących się w niekorzystnej sytuacji.

We wszystkich krajach koncepcja ta miała służyć zapewnieniu bardziej sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej i efektywnego dysponowania zasobami. Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej opierała się na holistycznym pojmowaniu zdrowia, wykraczającym poza wąski model jego ochrony. W ramach tej koncepcji uznawano, że wiele pierwotnych przyczyn chorób i złego stanu zdrowia znajduje się poza kontrolą sektora ochrony zdrowia, w związku z czym należałoby zastosować szerokie, ogólnospołeczne podejście do tych problemów. Takie postępowanie pozwoliłoby na osiągnięcie kilku celów: lepsze zdrowie, mniej chorób, większa równość i znaczna poprawa funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej.

W obecnych czasach systemy opieki zdrowotnej, nawet w najbardziej rozwiniętych krajach, nie osiągają tych celów. Mimo niezwykłych postępów w zakresie lepszego zdrowia, zwalczania chorób i przedłużania życia, ludzie na całym świecie są niezadowoleni z istniejących systemów opieki zdrowotnej. Jednym z największych problemów są koszty opieki zdrowotnej. Jest to niebagatelny problem, ponieważ 100 milionów ludzi popada co roku w ubóstwo, płacąc za opiekę zdrowotną. Miliony innych nie mają możliwości uzyskania dostępu do jakiejkolwiek opieki zdrowotnej.

Źródłem problemów jest to, że systemy opieki zdrowotnej oraz programy rozwoju opieki zdrowotnej przekształciły się w mozaikę składającą się z odrębnych elementów. Przejawia się to w nadmiernej specjalizacji służby zdrowia w krajach bogatych, a w krajach biednych w fakcie istnienia sponsorowanych przez darczyńców programów, skupiających się na pojedynczych chorobach. Znaczna część istniejących środków jest przeznaczana na usługi lecznicze, a zaniedbuje się profilaktykę i promocję zdrowia, które mogłyby zredukować globalne obciążenie chorobami o 70%. Krótko mówiąc, systemy opieki zdrowotnej są niesprawiedliwe, nieefektywne i mniej skuteczne niż mogłyby być. Bez dokonania znaczącej reorientacji obecne niewydolne systemy opieki zdrowotnej mogą się ugiąć pod ciężarem wyzwań wiążących się ze zjawiskami takimi jak starzenie się społeczeństw, pandemie chorób przewlekłych, nowe choroby (np. SARS) oraz skutki zmian klimatycznych.

Zamiast poprawiać swoją zdolność do przewidywania nowych wyzwań i reagowania na nie, systemy ochrony zdrowia wydają się dryfować od jednego krótkofalowego priorytetu do następnego, co powoduje ich rosnące rozproszenie i brak jasno wytyczonego kierunku – stwierdzają autorzy raportu.

Z opublikowanym 14 października 2008 r. raportem WHO wiąże nadzieję na rozpoczęcie globalnej debaty na temat skuteczności podstawowej opieki zdrowotnej jako metody reorientacji krajowych systemów ochrony zdrowia. *Podstawowa opieka zdrowotna stanowi przede wszystkim sposób na zorganizowanie pełnego zakresu opieki, od gospodarstw domowych po szpitale, profilaktyka ma szansę stać się równie ważna co leczenie, a środki będą inwestowane racjonalnie na różnych szczeblach opieki* – twierdzi dyrektor generalna WHO Margaret Chan, w komentarzu redakcyjnym do *„Lancetu”*.

WHO ma nadzieję nie tyle rozpocząć, co odnowić tę debatę. Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej została oficjalnie zaprezentowana w roku 1978, kiedy państwa członkowskie WHO podpisały *„Deklarację z Ałma-Aty”. To było 30 lat temu. Kilka krajów dążyło do ideału. Jednak koncepcja ta została niemal od razu błędnie zrozumiana* – przypomina i wyjaśnia dr Chan.

Podstawową opiekę zdrowotną błędnie interpretowano jako słabą opiekę dla ludzi ubogich. Sądzono także, że dotyczy ona wyłącznie opieki zdrowotnej pierwszego stopnia. Niektórzy odrzucali tę koncepcję jako utopijną ideę, a inni z kolei uznawali ją za zagrożenie dla medycznego establishmentu.

WHO proponuje, aby kraje kształtowały system opieki zdrowotnej i decydowały o jego rozwoju w oparciu o cztery ogólne, wzajemnie powiązane kierunki polityki publicznej. Są to cztery **kluczowe zasady koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej**. (*patrz – obok*)

Dążenie do osiągnięcia tych czterech nadrzędnych celów związanych z podstawową opieką zdrowotną pozwoli krajowym systemom ochrony zdrowia na osiągnięcie większej jednolitości, sprawności, sprawiedliwości i znacznie większej skuteczności.

Osiągnięcie postępów w tym zakresie jest możliwe, i to we wszystkich krajach. To właśnie obecnie – bardziej niż kiedykolwiek przedtem – istnieje możliwość dokonywania zmian systemów opieki zdrowotnej we wszystkich krajach w kierunku oparcia ich na koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej. Choć wyzwania dla krajów o różnych poziomach dochodów będą odmienne, to istnieje tu szereg elementów wspólnych. Obecnie na ochronę zdrowia wydaje się na świecie więcej pieniędzy niż w przeszłości, dysponujemy też większą wiedzą, a także osiągnięciami technologicznymi, które pozwalają nam stawiać czoła globalnym wyzwaniom. Uznaje się obecnie, że zagrożenia i szanse w sferze zdrowia są analogiczne na całym świecie. W niektórych krajach istotną rolę odgrywają środki pomocowe, jednak zdecydowana większość wydatków na zdrowie pochodzi ze źródeł krajowych. Nawet w Afryce 70% wszystkich środków przeznaczanych na zdrowie pochodzi obecnie z budżetów krajowych. To oznacza, że większość krajów posiada potencjał pozwalający im na stosowanie koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej i czerpanie płynących z niej korzyści.

opr. Marek Stankiewicz

Tekst jest streszczeniem Światowego Raportu Zdrowia, ogłoszonego 4 grudnia 2008 r. na portalu www.who.int

Kluczowe zasady koncepcji podstawowej opieki zdrowotnej

Powszechność

Aby systemy były sprawiedliwie i funkcjonowały sprawnie, wszyscy ludzie muszą mieć dostęp do opieki zdrowotnej według potrzeb i niezależnie od swoich możliwości finansowych. Jeśli taki dostęp nie jest zapewniony, powstają nierówności w zakresie ochrony zdrowia, co prowadzi do ogromnych różnic w oczekiwanej długości życia nie tylko w różnych krajach, ale nierzadko w obrębie tego samego kraju (różnice te sięgają kilku dziesięcioleci). Nierówności te zwiększają ryzyko dla wszystkich członków społeczeństwa, a szczególnie ryzyko pojawienia się ognisk różnych chorób. Zapewnienie powszechnej opieki z pewnością jest wyzwaniem finansowym, jednak należy przypomnieć, że większość obecnie funkcjonujących systemów opiera się na płatnościach dokonywanych bezpośrednio przez pacjenta, co jest najmniej sprawiedliwą i najmniej skuteczną zasadą. WHO rekomenduje stosowanie mechanizmu poolingu finansowego oraz przedpłacania, przyjmującego na przykład postać systemu ubezpieczeń. Przykładowo w roku 1988 Brazylia podjęła kroki zmierzające do wprowadzenia powszechnej opieki zdrowotnej, a obecnie opieką taką zostało objęte 70% ludności tego kraju.

Usługi zorientowane na człowieka

W ramach systemów opieki zdrowotnej można dokonać reorientacji, aby lepiej zaspokajały one potrzeby ludzkie, ponieważ punkty świadczące usługi medyczne będą silniej zakorzenione w życiu poszczególnych wspólnot. Islamska Republika Iranu posiada 17 000 „domów zdrowia”, z których każdy obsługuje ok. 1,5 tys. osób. Instytucje te przyczyniły się do radykalnego spadku wskaźnika śmiertelności w ciągu ostatnich dwóch dekad, a średnia oczekiwana długość życia wzrosła do 71 lat w 2006 r. (63 lat w roku 1990). Strategia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowana od 2001 r. przez Nową Zelandię przewiduje silny nacisk na profilaktykę oraz leczenie chorób przewlekłych. Z kolei „polikliniki” na Kubie pomogły jej mieszkańcom osiągnąć jeden z najwyższych wskaźników średniej oczekiwanej długości życia (78 lat) wśród krajów rozwijających się. W Brazylii z kolei program zdrowia rodzinnego zapewnia wysokiej jakości opiekę zdrowotną dla rodzin w domach, przychodniach i szpitalach.

Zdrowa polityka publiczna

Ogromnych różnic w długości życia – takich jak na przykład 27 lat różnicy między bogatymi i ubogimi dzielnicami Glasgow – nie da się wyjaśnić samą tylko biologią. Wiele czynników wywierających wpływ na zdrowie leży w istocie poza strefą wpływów sektora ochrony zdrowia. Ministrowie handlu, ochrony środowiska, edukacji oraz szefowie innych resortów również wywierają wpływ na zdrowie społeczeństw, jednak niewiele uwagi poświęca się tym ich decyzjom, które pociągają za sobą skutki zdrowotne. WHO jest zdania, że wszystkie takie decyzje powinny stać się przedmiotem refleksji oraz że rządy powinny uwzględniać czynnik zdrowia we wszystkich dziedzinach polityki państwa. Takie podejście będzie wymagało zmian w ustaleniach politycznych, ponieważ wiele ważnych efektów zdrowotnych można osiągnąć dzięki programom rozwoju w okresie wczesnodziecięcym oraz programom edukacji kobiet. Jednakże korzyści tego typu nie będą widoczne w trakcie kadencji jednego polityka.

Liderzy

Istniejące systemy ochrony zdrowia same z siebie nie stają się bardziej sprawiedliwe, sprawniejsze (lepiej działające) i skuteczniejsze (osiągające postawione cele). Zamiast więc nakazywać i kontrolować, liderzy powinni raczej negocjować i prowadzić w określonym kierunku. Do prowadzenia takiej polityki należy zaangażować wszystkie elementy składowe społeczeństwa – w tym te, które nie są tradycyjnie związane z ochroną zdrowia. Rolę do odegrania ma tu także społeczeństwo obywatelskie, sektor prywatny, wspólnoty lokalne i sektor biznesu. Liderzy zajmujący się ochroną zdrowia powinni zadbać o stworzenie platformy, w ramach której słabsze grupy mogłyby wyrażać swoje potrzeby, a tak wyartykułowane potrzeby powinny być brane pod uwagę. Dzięki takim działaniom można uwolnić ogromny potencjał. W jednej drugiej państw świata sprawy zdrowia stanowią największą osobistą troskę jednej trzeciej populacji. Mądre przywództwo musi bazować na wiedzy o tym, jakie mechanizmy się sprawdzają. Należy jednak odnotować, że badania nad systemami ochrony zdrowia często cierpią na znaczne niedofinansowanie. Przykładowo w USA na badania tego typu wydaje się zaledwie 0,1% krajowego budżetu ochrony zdrowia. Badania takie są jednak niezbędne, aby generować jak najlepsze materiały faktograficzne, które stanowić będą podstawę podejmowania decyzji w zakresie ochrony zdrowia.

Wiedza i doświadczenie potrzebne od zaraz

Anna Lella

Kształcenie zawodowe zawsze było w centrum uwagi lekarzy dentystów, a ostatnio stało się jeszcze bardziej gorącym tematem dla tej grupy zawodowej, która prawie w 100 % sprywatyzowana musi realizować doskonalenie zawodowe na własny koszt i w czasie przeznaczonym na uzyskiwanie dochodu.

fot. Marek Stankiewicz

Powiedzmy z naciskiem, że doskonalenie zawodowe jest dla lekarzy dentystów warunkiem utrzymania się na powierzchni w konkurowaniu o pacjenta w rynkowej rzeczywistości. Dlatego lekarze dentyści garną się do szkoleń, rozumieją w pełni potrzebę uzupełniania wiedzy zawodowej oraz tej związanej z prowadzeniem własnej praktyki. Wszyscy jednocześnie narzekają na koszty tych szkoleń i biurokratyzację.

Rola izb lekarskich w organizowaniu, inicjowaniu i ułatwianiu szkolenia jest nie do przecenienia, bowiem mają one możliwość zapewnienia swoim członkom najwyższej klasy wykładowców bez konieczności czasochłonnych i kosztownych wypraw na drugi koniec kraju.

Coraz więcej izb wzięło szkolenia w swoje ręce. Lista aktywnych izb okręgowych ciągle się rozszerza: w zeszłym roku 14, w tym już 17 na 24 organizuje szkolenia dla swoich członków. Liczba, forma, częstotliwość i zasięg tych szkoleń jest różny, coraz częściej łączone z sesją samorządową dają możliwość omówienia bieżących bolączek zawodowych.

Realizując te założenia komisja stomatologiczna ORL w Gdańsku zorganizowała konferencję, która stać się ma początkiem corocznych spotkań szkoleniowych lekarzy dentystów.

Pierwsza Gdańska Konferencja Stomatologiczna, która odbywała się 21 i 22 listopada 2008 r. w salach hotelu Marina w Jelitkowie, wypełniła zamierzenia organizatorów. Zrealizowane zostały w pełni cele szkoleniowe oraz integracyjne.

Podczas konferencji, poza wykładami o profilu zawodowym, przewidziano również sesję samorządową, której program skierowany był przede wszystkim do lekarzy dentystów prowadzących własną praktykę.

Zwrócono uwagę kolegów na konieczność przyswojenia sobie zasad prawidłowej komunikacji w kontaktach z pacjentem oraz we wzajemnych relacjach lekarskich.

Słuchając wykładów wielu z nas zrozumiało, że umiejętność prawidłowych relacji z pacjentami, wewnątrz zespołu stomatologicznego, a także w kontaktach zewnętrznych z innymi lekarzami, nie tylko ułatwia pracę, ale i chroni lekarza dentystę przed konfliktami i skutkami roszczeń, występujących jako następstwo tych sporów.

Podczas sesji samorządowej powrócono do zagadnienia obciążeń zawodowych i schorzeń wywołanych pracą przy fotelu – tak żywo interesujących lekarzy dentystów.

Temat ten był przypomnieniem i kontynuacją ubiegłorocznej konferencji poświęconej chorobom zawodowym stomatologów, zorganizowanej z inicjatywy Komisji Stomatologicznej NRL w Warszawie.

W związku z dużym zainteresowaniem podjęliśmy przygotowania do wydania publikacji na ten temat. Współpracę zaoferował dr Krzysztof Tuszyński, który był koordynatorem kadry prelegentów zeszłorocznego sympozjum.

Wracając do gdańskiej konferencji trzeba przyznać, że znane i cenione postacie wykładowców, a wśród nich prof. Honorata Show, prof. Wojciech Maksymowicz, prof. Zdzisław Berezowski oraz zawsze kontrowersyjny, choć interesujący lek. dent. Maciej Goczewski, były gwarancją wysokiego poziomu i wartości poznawczych szkolenia.

To zacne grono znakomicie uzupełnił w zagadnieniach samorządowych lek. dent. Adam Busch, wiceprzewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, który mówił na temat odpowiedzialności zawodowej.

Wielką przyjemność sprawił organizatorom konferencji udział znamienitych osób z gdańskiej uczelni, Akademii Medycznej. W otwarciu wzięli udział zaproszeni kierownicy katedr i zakładów wydziału lekarskiego, oddziału stomatologicznego, wśród nich: prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, przewodnicząca Gdańskiego Oddziału PTS, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, dr hab. n. med. Barbara Kochańska, prof. dr hab. med. Jadwiga Sadlak-Nowicka, dr n. med. Aida Kusiak.

Wzruszające i głęboko przekonywające swoją treścią słowo wstępne wygłosił kierownik naukowy konferencji prof. dr hab. n. med. Edward Witek, przywołując wydarzenia historyczne świadczące o tym, że już przed wiekami mądry król Władysław IV rozpoczął na terenie starego i potężnego w owym czasie Gdańska działania w kierunku stworzenia lekarskiej organizacji samorządowej, uznając, iż jest to krok w kierunku wyeliminowania z grona medyków licznych szarlatanów i ludzi nieodpowiedzialnych.

Wydarzenia, których źródłem był ruch Solidarnościowy, łączą piękną klamrą historię izb lekarskich na Wybrzeżu.

Po zamknięciu konferencji członkowie Komisji Stomatologicznej NRL nie zakończyli pracy, udali się bowiem do siedziby OIL na posiedzenie, którego tematem było szkolenie podyplomowe lekarzy dentystów oraz sprawy bieżące, a wśród nich bulwersujący temat wymagań, jakie muszą spełnić lekarze posługujący się w swoich praktykach diagnostycznym sprzętem radiologicznym. Nasze starania przyniosły pewne nadzieje na zmianę niekorzystnych dla lekarzy przepisów.

Głównym nurtem dyskusji były sprawy szkoleniowe.

Podczas konferencji w Piechowicach zorganizowanej przez KS DIL omówiono wnikliwie kształcenie ustawiczne. Obecnie zwrócono większą uwagę na specjalizacje.

Zrelacjonowano spotkanie Prezydium KS NRL z konsultantami krajowymi i prezesami stomatologicznych towarzystw naukowych – omówienie zagadnień związanych z ministerialną propozycją reformy kształcenia przed- i podyplomowego przedstawianych na posiedzeniach sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia oraz zespołu powołanego w tym celu przez MZ.

Stomatologia przeszła olbrzymie przemiany, jest niemal całkowicie sprywatyzowana, a dawne przychodnie specjalistyczne zniknęły z mapy lub realizują inne zadania, które w obecnej rzeczywistości nie zawsze mogą być zorientowane na edukację. Jest to istotne zagadnienie, na które należy zwracać nieustanną uwagę wszystkich, od których zależą decyzje w sprawach specjalizacyjnych. Komisja Stomatologiczna NRL w swoich działaniach nieustannie przypomina i podnosi ten problem, a także proponuje rozwiązania. W tej sprawie potrzebna jest zwłaszcza jedność w działaniu.

Zaledwie ok. 20 % lekarzy dentystów posiada specjalizację (tzw. II°), a dodatkowe 26 % ma stare „jedynki". Poza suchymi danymi procentowymi jeszcze posępniej wygląda demografia specjalistów.

Dostęp do specjalizacji w stomatologii jest szczególnie utrudniony z powodu braku miejsc do odbywania tego typu kształcenia. Stąd nasze wnioski o możliwość kształcenia w oparciu o indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie i możliwość zatrudnienia w tych jednostkach.

Gościnna Izba Gdańska zafundowała uczestnikom posiedzenia nie lada niespodziankę. Pracowity dzień zakończył koncert w wykonaniu samych stomatologów, w którym udział wzięli: Elżbieta Wodniak – fortepian, Małgorzata Szmuda – śpiew, Lidia Ziurkowska-Michalewska i Halina Porębska – recytacja poezji, Kazimierz Bryndal – anegdoty kaszubskie. W blasku świec i dekoracji w barwach jesiennych wieczór zorganizowała i prowadziła Halina Porębska. Koncertowi towarzyszyły wystawa obrazów Jolanty Kuszyńskiej-Szmudy oraz fotogramy Konrada Dobrzyńskiego. Koncertu wysłuchali i obdarzyli artystów serdecznym aplauzem członkowie Komisji Stomatologicznej oraz zaproszeni goście.

REKLAMA

REKLAMA

Narodziny w Gdańsku

Edward Witek

Spotkaliśmy się w Gdańsku, by uczestniczyć w konferencji naukowo-szkoleniowej stomatologów. Konferencja została zorganizowana w Gdańsku, przez gdański samorząd lekarski. Może więc warto poświęcić parę słów dziejom gdańskiego samorządu lekarskiego. Może nie wszyscy wiedzą, że idea samorządu lekarskiego w Polsce narodziła się w Gdańsku, i to na długo przed powstaniem izb lekarskich.

Izby lekarskie w Polsce powstały w drugiej połowie XIX w., a dokładniej należałoby powiedzieć, że powstały na ziemiach polskich; Polska była w tym czasie pod zaborami, a izby powstały w zaborach pruskim i austriackim. W zaborze rosyjskim, niestety, nie doszło do powołania izb lekarskich. Jak przed chwilą powiedziałem izby powołano w II połowie XIX w., a ponad 200 lat wcześniej, na początku XVII w., w Gdańsku, powstała organizacja samorządowa lekarzy – *Collegium Medicorum Gedanensis*. Organizacja ta jest niewątpliwie **pierwszą izbą lekarską w Polsce** (1). Ciekawe są okoliczności jej powstania i jej działalność. Gdańsk był w tym czasie prawdziwą wyspą kultury europejskiej. Tu kwitł handel, rozwijało się szkolnictwo, tu funkcjonowało słynne Gdańskie Gimnazjum z Katedrą Medycyny, które mogło konkurować z niejedną wyższą uczelnią. W Gdańsku było wielu promowanych, wykształconych lekarzy, Gdańsk posiadał trzech fizyków (lekarzy) miejskich odpowiedzialnych za lecznictwo i sprawy sanitarne miasta. Ale jednocześnie w Gdańsku pleniła się, i to na szeroką skalę, działalność różnych znachorów, szarlatanów i szalbierzy. Pleniła się tym bardziej, że miała poparcie Rady Miasta. Widocznie już w tym czasie znane były skuteczne metody, którymi można było zwabiać rajców miejskich do realizacji ciemnych interesów. I właśnie dlatego, aby przeciwdziałać tej sytuacji, prawi lekarze w Gdańsku organizują się, powstaje wspomniane Kolegium. Lekarze podejmują walkę z szerzącym się złem, walkę słuszną i sprawiedliwą, ale nierówną. Lekarze byli słabsi. Niestety, zbyt często tak jest, że to, co dobre, jest słabe. Do walki tej włączył się król Władysław IV, który zajął mądre stanowisko, opowiadając się zdecydowanie po stronie lekarzy. Odpowiednim aktem prawnym, w 1636 r., nadał lekarzom szereg uprawnień i przywilejów (1).

W tym miejscu kieruję do władz samorządu propozycję o rozważenie uznania króla Władysława IV Patronem Gdańskiej Izby Lekarskiej.

Wróćmy jednak do zmagań gdańskich lekarzy z szarlatanami i rajcami miejskimi. Walka podjazdowa trwała, *walka, która ukazała dwa niepodobne do siebie światy. Jeden świat mądrych i prawych lekarzy, posiadających poczucie swojej godności zawodowej, walczących o elementarne zasady, na których powinna opierać się sprawiedliwie zorganizowana służba zdrowia i drugi świat, reprezentowany przez Radę, ciasny, tępy, stronniczy, strzegący swoich partykularnych interesów, bez względu na dobro publiczne i na zdrowie ludności.*

W tej nierównej walce Kolegium, niestety, upada, samorząd przegrywa. Ale była to tylko formalna porażka. Mimo klęski lekarze w istocie odnieśli zwycięstwo, gdyż inicjatywą swoją i argumentacją zwrócili uwagę publiczności na bolączki zawodu lekarza, na niedostatki lecznictwa i na środki zaradcze, które należało wprowadzić w życie. Idea głoszona przez lekarzy promieniowała na cały kraj i żyje nadal.

Tak więc Gdańsk odegrał ważną rolę w powstaniu samorządu lekarskiego. **W Gdańsku narodziła się idea samorządu**, a w przyszłości Gdańsk miał odegrać jeszcze ważniejszą rolę w **odrodzeniu samorządu** lekarskiego.

Jak wiadomo, po wojnie funkcjonowały jeszcze izby lekarskie. Jednak władze PRL-u, już na początku swego istnienia, w 1950 r., ustawą sejmową zlikwidowały izby lekarskie. Nie pomogły starania, przekonywanie i zabiegi Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i innych lekarzy o to, by izby mogły funkcjonować nadal. Były przecież potrzebne. Władze, niestety, nie wyrażały na to zgody. Zresztą trudno się dziwić, gdyż organizacja samorządowa pozostawała w wyraźnej kolizji z centralistycznym i totalitarnym systemem PRL-u.

Dopiero wydarzenia gdańskie, które wstrząsnęły Gdańskiem, wstrząsnęły Polską, rozległy się szerokim echem w świecie, które obróciły zwrotnicę dziejów o 180 stopni, umożliwiły dokonanie wielu zmian w wielu dziedzinach życia i umożliwiły również odrodzenie samorządu lekarskiego w Polsce.

Tak więc w Gdańsku narodziła się idea samorządu lekarskiego, a po latach wydarzenia w Gdańsku umożliwiły odrodzenie się tej idei.

I oto dziś w blasku tej chlubnej historii rozpoczynamy konferencję stomatologów. Konferencję, która z pewnością przyniesie oczekiwane rezultaty naukowe i szkoleniowe, ale przede wszystkim będzie kontynuacją tej budującej i chlubnej historii gdańskiego samorządu lekarskiego.

Niech więc świadomość tego faktu będzie satysfakcją dla organizatorów i niech krzepi uczestników konferencji.

(1) T. Bilikiewicz, K. Bilikiewicz: Collegium Medicum w Gdańsku – *Pierwsza na Ziemiach Polskich Izba Lekarska*, Prace Komisji Historii Medycyny i Nauk Przyrodniczo-Matematycznych, 1949, t. 2, s. 195-234.

Słowo wstępne wygłoszone przez prof. Edwarda Witka przed rozpoczęciem Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stomatologów, w dn. 21-22.11.2008 r. w Gdańsku.

Śladem naszych publikacji

Rozpoczęcie specjalizacji

*W listopadowej „Gazecie Lekarskiej" ukazał się artykuł Rafała Kubiaka dotyczący nowych zasad postępowania kwalifikacyjnego do rozpoczęcia specjalizacji (**Rafał Kubiak „Nowe zasady postępowania kwalifikacyjnego do rozpoczęcia specjalizacji", „GL" nr 11/2008**). Jak wyjaśniono w cytowanym artykule, podstawowym kryterium przyjęcia na specjalizację jest ocena z egzaminu LEP. Czy to jest najszczęśliwsze rozwiązanie? Bo może się tak zdażyć, że ktoś, kto był prymusem na studiach, następnie wybrał ukochany kierunek medycyny. Aby się dostać na specjalizację przez długi okres pracuje w ramach wolontariatu lub na niewielkiej części etatu (za faktyczne grosze). W tym czasie nabywa ogromną wiedzę teoretyczną i praktyczną (bo to dla niego było celem) i przychodzi czas, że zwalnia się miejsce specjalizacyjne w jednostce, w której oczekiwał na możliwość rozpoczęcia specjalizacji. Przystępuje do kwalifikacji i okazuje się, że ktoś (bez doświadczenia itp.), komu udało się (bo wynik LEP-u czasem jest loterią), minimalnie zdał LEP lepiej i dostaje się na specjalizację. Wiedza tego pierwszego już nabyta (praktyczna i teoretyczna), jego poświęcenie oraz czas oczekiwania, dobre oceny w trakcie studiów – nie mają zastosowania. Co w takim przypadku może zrobić? Zaletą tego, który się dostał, było tylko to, że udało mu się zdać LEP troszeczkę lepiej, natomiast oceny ze studiów dużo gorsze, brak jakiejkolwiek wiedzy teoretycznej i praktycznej w dziedzinie, którą wybrał. Pytanie: Czy dla tego pierwszego istnieje jakaś droga, aby mógł jednak rozpocząć specjalizację w dziedzinie, która go pasjonuje? Bo może się tak zdarzyć, że przy każdych kwalifikacjach na specjalizację będzie też ktos, kto właśnie LEP zdał troszeczkę lepiej.*

Tadeusz z Podkarpacia

REKLAMA

REKLAMA

Rodakom na Żytomierszczyźnie

Zbigniew Chłap

W naszych corocznych, już od 13 lat, wyjazdach z pomocą medyczną dla Rodaków na Kresach Południowo-Wschodnich nie udało się nam dotychczas dotrzeć na Żytomierszczyznę, zwaną matecznikiem polskości, jak ziemię tę przedstawia w swoich książkach Teresa Siedlar-Kołyszko.

Dopiero 24 września ub. roku udała się na Ukrainę, na zaproszenie środowisk polskich z Żytomierza, 9-osobowa ekipa Stowarzyszenia Lekarze Nadziei (SLN), w tym 6 lekarzy (dr dr: Z. Chłap, M. Zaczek, Z. Kszyk, K. Parys, E. Budzyńska, N. Fabryczna) oraz instruktor higieny szkolnej (O. Sarnowska-Styrna) i kierowcy 2 samochodów: osobowego i dostawczego.

Jak zwykle celem misji była doraźna pomoc lekarska dla tamtejszej ludności, w tym zwłaszcza polskiej, która mimo iż od III Rozbioru Polski (1795 r.) oderwana od Macierzy, nadal zachowała język polski, tradycje i religię. Istotnym celem misji było również nawiązanie kontaktów z polskimi organizacjami w Żytomierzu oraz z lekarzami ukraińskimi i miejscowymi ośrodkami zdrowia.

Dzięki uprzejmości i gościnności ks. rektora Jarosława Olszewskiego z Żytomierskiej Parafii Miłosierdzia Bożego mieliśmy możliwość przeprowadzenia konsultacji 63 osób oraz 21 dzieci z rodzin polskich i polsko-ukraińskich, wykonać badania ogólnolekarskie, kardiologiczne (EKG), ciśnienie, analizę poziomu cukru itp. Wśród badanych dzieci zostały rozpoznane przez nas m.in. dwa przypadki wymagające pilnych dalszych badań i leczenia, które zaproponowaliśmy wykonać w Instytucie Pediatrii w Krakowie – dotyczyły one poważnej wady serca oraz podejrzenia celiakii.

Wiele osób nie widziało od lat lekarza, mając m.in. bardzo wysokie ciśnienie, a także hiperglikemię z cechami zaawansowanej cukrzycy. Stwierdziliśmy również, iż wiele osób miało dużą nadwagę lub otyłość, zwłaszcza kobiety, nie tylko w starszym wieku. W miarę naszych możliwości każdy pacjent otrzymał doraźne leki, odżywki, a także ewentualne wskazania do udania się do lekarza, celem dalszego leczenia.

Nasze badania spotkały się z serdecznym przyjęciem, a jedyne zaniepokojenie, jak dowiedzieliśmy się, budziło pytanie (skierowane przez parafian do ks. Olszewskiego), w jakiej walucie trzeba zapłacić tym polskim lekarzom, bo dolarów to oni tutaj nie mają, a w hrywnach pewnie nie wezmą. Sprawa się wyjaśniła i po dwóch dniach badań żegnani byliśmy przez małą polską społeczność Żytomierza śpiewami i kwiatami.

W godzinach wieczornych mieliśmy okazję spotkać się z żytomierskimi lekarzami, nb. członkami Stowarzyszenia Lekarzy Polskiego Pochodzenia (prezes dr Walentyna Ratuszyńska) i Polskiego Towarzystwa Naukowego w Żytomierzu (dr Irena Perszko), wymieniając uwagi nt. konieczności poprawy stylu życia społeczeństwa, m.in. z powodu nasilającej się otyłości u ludzi młodych. Miła, przyjazna atmosfera sprzyjała nawiązaniu kontaktów, co odnotowała – dając tytuł *„Pomoc w imieniu życia”* – *„Gazeta Polska”* ze Lwowa (nr 2 i 6 z 2008 r.), Następnego dnia udaliśmy się do Korystyszewa (ok. 30 km od Żytomierza), miasta, które w dniach naszego pobytu obchodziło 400-lecie swej historii i tamtejszego kościoła katolickiego, związanych z polską rodziną hr. Olizarów, ongiś dziedziców, fundatorów wielu obiektów społecznych świeckich i kościelnych.

Doskonałą organizację naszego pobytu i badań ludności w Korystyszewie zawdzięczamy ks. proboszczowi Witalisowi Krzywickiemu SDB, który od ołtarza witał naszą ekipę, zapowiadał badania lekarskie. Wiadomość tę parafianie nagrodzili długotrwałymi oklaskami.

Przez dwa dni, do późnych godzin, przeprowadzaliśmy, podobnie jak w Żytomierzu, badania, konsultacje lekarskie, przekazując pacjentom doraźne leki, odżywki. W przypadkach ujawnionej cukrzycy także glukometry, co wzbudzało niedowierzanie – „Czy to rzeczywiście na własność?” Lista naszych pacjentów objęła 80 osób dorosłych i 50 dzieci.

Jak wynika z naszego statutu i wieloletnich doświadczeń, ważnym elementem naszych misji na Kresy Wschodnie jest zawsze próba nawiązania kontaktów z miejscowymi lekarzami, członkami stowarzyszeń polskich, jak i ośrodkami medycznymi ukraińskimi. W Korystyszewie mieliśmy możliwość uczestniczyć w zebraniu ordynatorów wszystkich oddziałów Rejonowego Szpitala, odbyć krótką dyskusję nt. permanentnej reformy zdrowia, zgadzając się z tezą, że *kto ma żyć, a kto ma umrzeć, współcześnie zależy nie tyle od lekarzy, ile od polityków i ekonomistów* (cyt. wg prof. T. Tołłoczki z Warszawy). Zwyczajowo też przekazaliśmy w darze dla pacjentów szpitala materiały i drobny sprzęt medyczny.

Wczesnym rankiem 30 września żegnaliśmy Korystyszew, odprowadzani przez księży z gościnnej parafii, którzy podarowali nam piękne akwarele-wizerunki Kościoła-Jubilata i dla każdego osobiste ekslibrysy.

Wynieśliśmy z tej misji wiele wzruszających wrażeń, ale pozostał niepokój o losy „wciąż polskiej” ludności Żytomierszczyzny.

Stowarzyszenie Lekarze Nadziei (**SLN**) jest pozarządową organizacją o statusie pożytku publicznego, typu „non profit” – jedną z niewielu polskich organizacji medycznych świadczących społecznie, całoroczną pomoc medyczną ludziom w zagrożeniu zdrowia lub życia.

Stowarzyszenie powstało w czasie stanu wojennego, początkowo jako polska filia humanitarnej organizacji Médecins du Monde, a w roku 1995 zostało zarejestrowane w Krakowie pod nazwą „Lekarze Nadziei” z Zarządem Głównym, **Al. Pokoju 7**, tel. **012-414-30-05**, faks **012-413-25-29**, e-mail: **medaid@sln.org.pl**, **www.sln.org.pl**, przewodniczący: **prof. dr hab. Zbigniew Chłap**.

Statut SLN podkreśla, że głównym celem jest pomoc osobom mającym z różnych względów utrudniony dostęp do opieki medycznej, szczególnie ubogim, bezdomnym, wyobcowanym ze społeczeństwa.

Ważnym zadaniem jest także udzielanie pomocy mniejszościom narodowym oraz promocja zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży.

W realizacji swoich celów SLN opiera się głównie o wolontariat lekarzy i pracowników ochrony zdrowia, a także ludzi dobrej woli, pracujących w naszych placówkach bądź organizujących doraźne akcje:

- przychodnie lekarskie dla osób bezdomnych i ubogich (działające od 13 lat w Warszawie i Krakowie),
- apteki darów w Krakowie i Warszawie (którym nb. grozi likwidacja w 2009 r. z uwagi na administracyjne rozporządzenia w zakresie redystrybucji leków),
- przychodnia dla ludności romskiej (Nowy Sącz),
- kluby integracyjne osób z chorobą nowotworową (Wrocław),
- coroczne misje lekarskie z pomocą humanitarną dla Rodaków na Kresach Wschodnich (Ukraina, Mołdawia, Rumunia),
- konsultacje, przekazywanie leków, konferencje, szkolenia,
- wspieramy również misje polskie w Kamerunie (Garoua Boulai).

Stowarzyszenie Lekarze Nadziei jest laureatem wielu prestiżowych nagród za działalność humanitarno-charytatywną w zakresie medycyny, m.in. Pro Publico Bono, Ministra Pracy i Polityki Społecznej, Marszałka Województwa Małopolskiego.

REKLAMA

REKLAMA

Przychodzi lekarz do prawnika

Prawa pacjenta kiedyś i dziś

Audiatur et altra pars – trzeba wysłuchać drugiej strony. Już starożytni Rzymianie podkreślali fakt, że wysłuchanie drugiej strony jest podstawą stworzenia prawidłowych relacji międzyludzkich. Z pewnością premia ta odnosi się również do kontaktów lekarza z chorym. Zmiana paternalistycznej relacji lekarz-pacjent na relację o charakterze partnerskim stała się podstawą respektowania praw chorego, w tym prawa do informacji i prawa do wyrażania świadomej zgody na podjęcie czynności leczniczych.

Ewolucja praw pacjentów sięga początków medycyny. Przyczynkiem do tego była intuicyjnie jasna podmiotowość bytu ludzkiego. W czasach najdawniejszych, między innymi, w przysiędze Hipokratesa (V w. p.n.e.), przyrzeczeniu Majmonidesa (XII w.) oraz przysiędze Licencyjnej Akademii Krakowskiej (XV w.), za najważniejszą uznawano zasadę, zgodnie z którą dobro chorego powinno być dobrem najwyższym – *salus aegroti suprema lex esto*.

Pierwszym europejskim dokumentem odnoszącym się do praw pacjenta na szerszą skalę była Narodowa Konwencja Rewolucji Francuskiej z 1793 r., która stanowiła, że *w jednym łóżku powinien przebywać jeden pacjent, a łóżko powinno mieć wymiar trzech stóp*. Regulacja ta była szczególnie ważna i postępowa, gdyż w tamtych czasach na jedno łóżko przypadało ośmiu pacjentów, którzy pozostawali w pozycji siedzącej.

W wieku XIX główna uwaga środowiska medycznego została poświęcona prawom i obowiązkom lekarzy, choremu zaś pozostawiono wyłącznie prawo do swobodnego wyboru lekarza. Wyjątkiem był Kodeks Warszawskiego Towarzystwa Medycznego z 1884 r., który w art. 9 upominał lekarza, aby ten nie wykorzystywał swojej przewagi nad pacjentem, natomiast art. 7 stanowił, że w razie niepomyślnych rokowań informację należy przekazać opiekunowi chorego, co obecnie należałoby uznać za ograniczenie informacji niezgodne z prawem. W 1907 r. na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie uchwalono Kodeks, którego § 3 stanowił, że *udzielenie pomocy lekarskiej opiera się na swobodnej umowie między lekarzem a chorym lub jego prawnym zastępcą, z wyjątkiem przypadków nagłej potrzeby pomocy lekarskiej*.

Wyraźne wyeksponowanie praw pacjenta nastąpiło dopiero w okresie powojennym. Punktem wyjścia do ukształtowania treści praw pacjenta w dokumentach międzynarodowych była definicja zdrowia podana w 1946 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zgodnie z którą *zdrowie to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i socjalnego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub inwalidztwa*. Istotną rolę w kodyfikacji praw pacjenta odegrała Powszechna Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela przyjęta w Paryżu w 1948 r., której regulacje zostały poszerzone w Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności podpisanej w Rzymie w 1950 r.

Mimo podjęcia licznych działań, polskie środowisko lekarskie nie przywiązywało dużej wagi do respektowania praw chorego do informacji i wyrażania świadomej zgody. Przykładem takiego podejścia jest wypowiedź W. Grzywo-Dąbrowskiego (*Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem pracy zawodowej*, Warszawa 1958), który stwierdzał, że *ujawnienie całej prawdy, a nawet uprzedzenie pacjenta o niebezpieczeństwie zabiegu bądź wyrażenie przez lekarza wątpliwości co do wyniku leczenia lub operacji może ujemnie wpłynąć na stan nerwowy chorego i w ten sposób mu zaszkodzić, a oprócz tego spowodować, iż z krzywdą dla siebie nie zgodzi się na leczenie lub zabieg*. Ograniczenie prawa chorego do informacji widoczne było również w wypowiedzi S. Nowickiego (S. Nowicki, *Zabieg operacyjny jako zagadnienie społeczne i prawne*, *„Polski Przegląd Chirurgiczny”* 1962, nr 9), który stanął na stanowisku, że *z zasady zataja się wobec chorego rozpoznanie raka, ujawniając tę informację jedynie jego rodzinie, jeżeli jest sposobność, aby z nią o tym porozmawiać*. Podkreślał on również, że *nie uświadamia się szczegółowo chorego co do rodzaju zamierzonej operacji, co może wynikać z wątpliwego rozpoznania choroby przez lekarza lub troski o równowagę psychiczną pacjenta*.

W Polsce kształtowanie praw pacjenta rozpoczęło się od projektu Kodeksu Deontologicznego prof. Kielanowskiego (1959) i Zbioru Zasad Etyczno-Deontologicznych uchwalonych w 1968 r. przez Polskie Towarzystwo Lekarskie, w których skodyfikowano zgodę pacjenta na leczenie oraz lekarski obowiązek udzielenia pacjentowi informacji w sposób jasny (zasada 12).

W 1989 r. została przywrócona izba lekarska, której działania doprowadziły do przyjęcia w 1991 r. treści Kodeksu Etyki Lekarskiej. Obecny kształt Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie odnoszącym się do informowania chorego i wyrażania przez niego świadomej zgody został uchwalony przez VII Krajowy Zjazd Lekarzy w 2003 r. W myśl art. 13 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej *obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia*. Z kolei art. 15 ust. 1 KEL stanowi, że *postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta* (...).

Prawo do wyrażania zgody lub sprzeciwu na podjęcie czynności medycznych zostało uregulowane w wielu aktach międzynarodowych. Należą do nich, między innymi, Deklaracja Lizbońska o prawach pacjenta z 1981 r., Deklaracja Wenecka o stanach terminalnych z 1983 r., Deklaracja Helsińska o eksperymentach medycznych na ludziach z 1964 r., Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej z 1949 r., Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie Karty Praw Pacjenta z 1984 r. oraz Deklaracja Praw Pacjenta przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) z 1994 r. Kluczowe założenia Światowej Organizacji Zdrowia opierają się na zasadzie poszanowania autonomii pacjenta w odniesieniu do własnej osoby. Zdaniem WHO rozwój systemów opieki zdrowotnej, wzrost ich złożoności, coraz większe ryzyko zabiegów lekarskich, rozwój wiedzy i technologii medycznych, a także depersonalizacja i dehumanizacja leczenia wymagają szczególnego podkreślenia ważności samodecydowania pacjenta o własnym losie.

W ustawodawstwie polskim kwestie dotyczące wyrażania zgody na podjęcie czynności medycznych regulowane były z pominięciem obowiązku lekarza do udzielenia pacjentowi informacji dotyczącej czynności, na które ma on wyrazić zgodę. W okresie obowiązywania ustawy o zawodzie lekarza z 1950 r. wyrażenie przez pacjenta zgody wymagane było wyłącznie w przypadku wykonywania zabiegu operacyjnego. Sporadyczne uzyskiwanie zgody od chorego spowodowało, że personel medyczny nie przywiązywał wagi do przekazywania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, choroby i procesu leczenia.

Aktualne regulacje prawne podkreślają prawo pacjenta do informacji i autonomii w procesie leczenia. Zgodnie z art. 32 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2008 r., nr 136, poz. 857) *lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta*. Prawo do informacji zostało natomiast wyartykułowane w art. 31 ust. 1 UoZL, w myśl którego *lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu*.

Prawo chorego pacjenta do informacji i wyrażania świadomej zgody spotyka się z coraz większym zrozumieniem i akceptacją środowiska lekarskiego. W 1993 r. podczas wykładu inauguracyjnego wygłoszonego na posiedzeniu Polskiej Akademii Medycznej Jan Nielubowicz podkreślił, że prawo do informacji jest niezbywalnym prawem każdego pacjenta. Z kolei w opinii Tadeusza Brzezińskiego (*Etyka lekarska*, Warszawa 2002) *wyrażenie przez chorego świadomej zgody powinno być poprzedzone poinformowaniem go o celu, potrzebie i sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz ewentualnych zamierzonych i niezamierzonych jego skutkach. Chory powinien być też poinformowany o alternatywnych metodach leczenia. Informacja w takim kształcie ma być przedstawiona rzetelnie, z uwzględnieniem tych wszystkich elementów, które mogłyby wpłynąć na podjęcie obiektywnej decyzji co do zabiegu, a jej zakres powinien w możliwie maksymalny sposób eliminować subiektywizm, zarówno ze strony chorego, jak i lekarza. Ten drugi ma bowiem zawsze możliwość takiego przedstawienia potrzeby dokonania zabiegu, że pacjent może skłonić się do zgody, bez poznania możliwości innych rozwiązań i ewentualnych niebezpieczeństw z tą zgodą związanych*.

Justyna Zajdel
Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

Artykuły ukazują się przy współpracy Wydawnictwa Progress, wydawcy „Prawa w Medycynie” i medycznych atlasów multimedialnych – www.progress.pl

REKLAMA

Z lekarskiej wokandy

Od contra legem do lege artis

Do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy napisała Zofia B.: *Zwracam się z prośbą o zbadanie legalności funkcjonowania prywatnego gabinetu ginekologiczno-położniczego lekarza Jarosława H. Mam podstawy sądzić, że Pan doktor nie ma zalegalizowanej działalności medycznej.*

Zawiadomienie to było odpryskiem innej sprawy. Ciąża Zofii B. była początkowo prowadzona w tym gabinecie, a potem w Szpitalu Wojewódzkim, w którym zatrudniony był też Jarosław H. Jednak formalnie sprawującym opiekę nad nią był inny ginekolog-położnik. Zofia B. urodziła dziecko w ciężkiej zamartwicy, jej zdaniem – z powodu błędów lekarskich.

Jarosław H., przesłuchany przez Okręgowego Rzecznika jako osoba, której dotyczy postępowanie, zeznał hardo: „Jestem lekarzem, mam prawo wykonywania zawodu wydane przez izbę lekarską i prowadzę prywatną praktykę jako wolny zawód". Jego stanowisko było – niestety – *contra legem*.

*

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty z 1996 r. od początku w art. 50 przewidywała obowiązek wpisu indywidualnej praktyki lekarskiej do rejestru takich praktyk prowadzonego przez właściwą terytorialnie okręgową izbę lekarską. Zapisem w ustawie z 2 lipca 2004 r., wprowadzającej ustawę o swobodzie działalności gospodarczej, treść art. 50 wspomnianej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zmieniona została tylko w ten sposób, że lekarz może uzyskać wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, gdy uzyska zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Od tego czasu rozpoczęcie przez lekarza wykonywania swojego zawodu w formie praktyki lekarskiej jest traktowane przez prawo jako podjęcie przez niego regulowanej działalności gospodarczej. Lekarz zostaje przedsiębiorcą, to jest – wedle definicji ustawowej – *osobą fizyczną wykonującą we własnym imieniu działalność gospodarczą*. Wykonywanie działalności gospodarczej, bez wymaganego zgłoszenia do ewidencji takiej działalności, stanowi – na mocy Kodeksu Wykroczeń – wykroczenie podlegające karze ograniczenia wolności albo grzywny.

Od wieków ludzie prowadzą różnego rodzaju działalność gospodarczą, której głównym celem jest pozyskanie jak najlepszych wyników tej działalności, a co za tym idzie – chęć zdobycia jak największych ilości środków do życia. Z istoty prowadzenia działalności gospodarczej wynika, że przedsiębiorca prowadzi ją na własny rachunek i na własne ryzyko, z którym wiąże się prawdopodobieństwo nieuzyskania oczekiwanych dochodów. Ludzie zaangażowani w prowadzenie działalności gospodarczej stają zatem niekiedy w sytuacji wyboru między działaniem opłacalnym a... etycznym.

Paradoksalnie obowiązek wpisu praktyki lekarskiej nie tylko do ewidencji takich praktyk prowadzonych przez właściwą izbę lekarską, ale również do ewidencji działalności gospodarczej, rozszerzył zakres etycznych obowiązków lekarza.

Należy bowiem pamiętać, że lekarza obowiązują zasady etyki zawodowej, zapisane w Kodeksie Etyki Lekarskiej, niezależnie od sposobu wykonywania zawodu. Jako przedsiębiorcy lekarza dotyczy dodatkowo etyka biznesu, czyli wedle wolnej encyklopedii internetowej Wikipedia: *Zespół norm rzetelnego i odpowiedzialnego postępowania przedsiębiorców we wzajemnych relacjach z kontrahentami, klientami, pracownikami, wspólnikami oraz organami publicznymi*. Budowanie etyki zawodowej przedsiębiorcy opiera się również na kodeksach etycznych, w Polsce najważniejszy jest Kodeks Etyki w Działalności Gospodarczej opracowany przez Krajową Izbę Gospodarczą w 1994 r.

*

Jarosław H. szybko zrozumiał bezsensowność swojego pierwotnie wyrażanego stanowiska. Przyznał się do zarzucanego mu czynu, okazał skruchę, dobrowolnie – czyli bez przeprowadzenia rozprawy przed okręgowym sądem lekarskim – poddał się karze nagany za nieetyczne zachowanie. Podjął także niezbędne formalności i uzyskał konieczny wpis swojego indywidualnie prowadzonego, prywatnego gabinetu do rejestru praktyk lekarskich okręgowej izby lekarskiej. Działa już tedy *lege artis*.

Opisany przeze mnie kazus wskazuje kolejny raz na ogromną rolę i skuteczność samorządności zawodowej w systemie prawnym. Korporacje zawodowe, w tym m.in. lekarzy, adwokatów, radców prawnych, czy architektów stworzyły etos swoich zawodów i ugruntowują go przez egzekwowanie kryteriów deontologicznych. Samorządność w Polsce, także zawodowa, ma ogromne tradycje sięgające czasów I Rzeczpospolitej. Dlatego głośno wołam *veto* przeciwko próbom odarcia wolnych zawodów z prawa do korporacyjnego regulowania własnych spraw zawodowych – i to nawet jeżeli indywidualne wykonywanie tych zawodów wymaga wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.

Jerzy Ciesielski
adwokat

„Panaceum" nr 12/2008

REKLAMA

Wybory przez Internet

W grudniu ub. roku Polskie Towarzystwo Informatyczne zorganizowało konferencję na temat możliwości przeprowadzenia w Polsce e-wyborów.

Jadwiga Staniszkis, Kazimierz Czaplicki, sekretarz Państwowej Komisji Wyborczej i Romuald Drapiński, wicedyrektor Zespołu Prawnego i Organizacji Wyborów Krajowego Biura Wyborczego reprezentowali instytucję odpowiedzialną za organizację i przeprowadzanie wyborów powszechnych w naszym kraju. Witold Drożdż, podsekretarz stanu w MSWiA dysponował najlepszą wiedzą na temat projektów poprawy informatycznego otoczenia, w jakim e-wybory miałyby być organizowane. Dołączył jeszcze socjolog Andrzej Klarkowski, doradca Prezydenta Rzeczypospolitej. Natomiast Andrzej Lubowski, ekonomista i publicysta mieszkający od dwudziestu lat w Stanach Zjednoczonych miał ciekawe obserwacje związane z ostatnimi wyborami prezydenckimi w USA. A kogo zabrakło? O tym za chwilę.

Blisko dwa lata temu, na zlecenie Krajowej Komisji Wyborczej, badałem temat e-wyborów w kontekście zastosowania Internetu w wyborach w samorządzie lekarskim. Przestudiowałem wówczas dostępne w Internecie materiały, a i potem okazjonalnie śledziłem sprawy. Mówiąc o e-wyborach zakładajmy, że chodzi o wybory, gdzie głosujący za pomocą komputera oddaje swój głos zdalnie, będąc podłączony do Internetu.

Po co organizować wybory przez Internet? Z trzech hipotetycznych powodów: zwiększenia frekwencji, obniżenia kosztów i poprawienia bezpieczeństwa czy wiarygodności ogłaszanych wyników.

Wydawałoby się, że łatwość oddania głosu za pomocą własnego komputera, i to z domu, podnosi znacząco frekwencję. Nieprawda. Przykład Estonii dowodzi, że nie ma co liczyć na znaczne zwiększenie udziału w wyborach. W tym niespełna półtoramilionowym kraju podczas wyborów parlamentarnych w 2007 r. umożliwienie oddania głosu przez Internet podniosło frekwencję o 3%! I to w sytuacji, gdy wielu Estończyków pracuje za granicą i wydawałoby się, że chociażby ci obywatele skorzystają z możliwości oddania głosu zdalnie. Trzeba też wiedzieć, że Estończycy wyposażeni są na co dzień w elektroniczne dowody osobiste, co jest bardzo dużym uproszczeniem przy organizacji e-wyborów, i co drastycznie zmniejsza koszt całej operacji. Zbożny cel umożliwienia głosowania wyborcom chorym i niepełnosprawnym, a także przebywającym za granicą nie jest dostatecznie silnym argumentem za e-wyborami. Są bowiem możliwości ułatwienia takim osobom oddania głosu np. przez zastosowanie „ruchomej urny".

Obniżenie kosztów przy zastosowaniu e-wyborów jest również problematyczne. Obecnie szacuje się, że tradycyjnie organizowane wybory powszechne, z lokalami wyborczymi, komisjami wyborczymi, urnami itd. kosztują ok. 3 zł „na wyborcę". Wobec braku sprawdzonych, działających systemów e-głosowania trudno dzisiaj mówić o konkretnych kwotach dla zastosowania rozwiązań elektronicznych. A szczególnie ważne kwestie bezpieczeństwa informatycznego tego przedsięwzięcia byłyby trudne do oszacowania. Optymizm teoretyków, którzy mają gotowe algorytmy przeprowadzenia głosowania elektronicznie, nie jest poparty wydolną i ogólnie dostępną infrastrukturą teleinformatyczną naszego państwa. Ciągle też funkcjonują tzw. obszary cyfrowego wykluczenia, gdzie nie ma taniego dostępu do szerokopasmowego Internetu.

Można stwierdzić, że *e-voting* rozwiązuje pewne problemy charakterystyczne dla głosowania tradycyjnym sposobem, ale stwarza nowe. W Brazylii powodem eksperymentów na tym polu była troska o bezpieczeństwo urn wyborczych (urny transportowane na olbrzymie odległości), w Indiach bezpieczeństwo samych głosujących (w lokalach wyborczych), w Wielkiej Brytanii – handel głosami, w Stanach Zjednoczonych – duża liczba obywateli przebywających za granicą. Nigdzie w skali całego kraju (również takiego z najbogatszych) nie rozwiązano dotychczas głównych problemów głosowania przez Internet.

Podczas dyskusji Andrzej Lubowski niepostrzeżenie dla większości przekazał najcenniejsze informacje: „W światowym zagłębiu nowoczesnej informatyki, w którym od lat mieszkam – w Krzemowej Dolinie – nie ma żadnego e-głosowania i nikt się go tam nie domaga. Miejscowi (najlepsi na świecie, jak można mniemać) informatycy twierdzą, że w takim systemie nie sposób byłoby zapewnić integralności procesów obróbki informacji, system byłby łatwy do oszukania, zaś zwrot z inwestycji byłby żałośnie niski".

W Polsce mamy dostatek ciągnących się już latami wielkich i ambitnych projektów informatycznych. Wszystkie mają trzy wspólne cechy: rozpisane są obrazowo na lata (np. 2007-2010 albo 2007-2013), mają w nazwie, z przodu literę „e" (e-ID albo ePUAP) oraz epatują milionami (najczęściej euro) na realizację. W naszej rzeczywistości wybory elektroniczne są więc kolejnym pomysłem na dyskusję czego na pewno nie zrobimy. O tym, że tego nie zrobimy w najbliższych latach, wiedział już poseł Waldy Dzikowski z Platformy Obywatelskiej nie pojawiając się na konferencji. I to jest dla nas dobra wiadomość. Pozostańmy przy dotychczasowych technikach głosowania, a Internet zostawmy jako jedno z narzędzi kampanii wyborczej.

Mirosław Przastek
dyrektor ds. informatyki i organizacji NIL

REKLAMA

Wąglikiem w morderców

Zygmunt Wiśniewski

Gdyby historia walki przy użyciu broni biologicznej przeciwko Niemcom podjęta przez dr. Franciszka Witaszka i grupę związanych z nim przyjaciół zdarzyła się w Warszawie, wiedziałaby o niej cała Polska. Napisano by o niej niejedną książkę, być może zrealizowano by film. A że zdarzyła się w Poznaniu – nie przekroczyła rangi wydarzenia lokalnego.

Nie ma książki – są rozproszone informacje, szkice i dociekania w pismach fachowych. Historycy nie pokusili się o ustalenie faktów i rekonstrukcję wydarzeń. Najobszerniejsze opracowanie o walce na śmierć i życie podjętej przez konspiracyjną poznańską grupę doktora Witaszka wyszło spod pióra dziennikarza, Henryka Tycnera. Zawiera informacje i relacje tak sensacyjne, że rodzi pytanie: Są prawdą historyczną czy legendą?

*

Zbrodnie niemieckie w Kraju Warty (*Warthegau*), zapoczątkowane już we wrześniu 1939 r., wysiedlenia mieszkańców, bezwzględność w tępieniu ludności polskiej na terenie Wielkopolski, wymagały od polskiego podziemia odpowiedzi szybkiej i zdecydowanej. Poznań i tereny woj. poznańskiego, w przeciwieństwie np. do Warszawy, z powodów otwartej zabudowy, braku kompleksów leśnych, wysokiego procentowo nasycenia ludnością niemiecką – nie nadawały się do podjęcia tych form walki, które znamy z terenów Generalnej Guberni.

Niemcy zorganizowali dla wielkopolskich Polaków 28 wielkich więzień, 3 wielkie obozy przesiedleńcze, 2 wielkie obozy karno-śledcze, 4 filie obozów koncentracyjnych, 67 większych miejscowych obozów koncentracyjnych, 8 gett i 1 obóz masowej zagłady.

Masowe egzekucje Polaków w Poznaniu i w innych miastach Wielkopolski, powszechne aresztowania, w samym Poznaniu dochodzące do 600 osób dziennie, a w Wielkopolsce do 2000, osadzanie zatrzymanych ludzi w Poznaniu w Forcie VII i w innych kazamatach nie mogły pozostać bez odpowiedzi. Poznańska konspiracja ZWZ była za słaba ilościowo i pozbawiona broni. Dlatego jej organizatorzy wybrali formę walki skrytą, podstępną i wykraczającą poza wojskowe kanony. Sięgnęli po detonatory, substancje skażające paliwo, produkowali przemyślne urządzenia podpalające, a w stosunku do zbrodniarzy szczególnie niebezpiecznych i znanych z mordów na Polakach – sięgnięto po trucizny.

Czy mogły to być środki walki konspiracyjnej? Czy Polacy mieli prawo się bronić wszystkimi dostępnymi środkami? Także trucizną? Czy sytuacja usprawiedliwia udział w tej akcji lekarza?

Henryk Tycner, który opisał konspirację poznańską (H. Tycner, *„Grupa doktora Franciszka Witaszka w wielkopolskim ruchu oporu”*, *„Przegląd Lekarski”* nr 1, 1967, s. 131-147), uzasadniał wybór środka walki przez wielkopolską grupę ZWZ:

Podziemie polskie znalazło się w sytuacji przymusowej i musiało się zdecydować na takie środki walki z przeciwnikiem bez skrupułów niszczącym ludność polską, które by rokowały widoki powodzenia. Sięgnąć więc musiano po taką broń, jak trucizny. Było to w Wielkopolsce koniecznością. Warunki na ziemiach tych były na tyle odmienne i gorsze, że jedynie te zasady walki cywilnej, które dotyczyły zachowania opornej i nieugiętej postawy, sabotażu rozporządzeń okupanta i tak zwanego „małego sabotażu” mogły tam być przestrzegane. O akcjach tego typu, co w Generalnej Guberni, przynajmniej niektórych, nie mogło być mowy.

Na czele grupy ZWZ, która odpowiedziała skutecznie na zbrodnie SS i gestapo, stał poznański lekarz dr Franciszek Witaszek. Od jego nazwiska grupę ludzi, którzy uczestniczyli w akcjach sabotażowych przeciwko Niemcom i wykonywali wyroki śmierci z użyciem trucizny, nazwano „witaszkowcami”.

*

Franciszek Witaszek otrzymał dyplom lekarza w 1931 r. na Wydziale Lekarskim UP. Pracował w przychodni przeciwgruźliczej w Poznaniu, a następnie został asystentem w Zakładzie Higieny i Medycyny Społecznej Uniwersytetu Poznańskiego. W 1938 r., również jako asystent, podjął pracę w Zakładzie Mikrobiologii UP.

Był człowiekiem zdolnym i przedsiębiorczym. W latach 1937-39 stworzył i kierował prywatną firmą „Catgut Polski”, w której produkował struny

***Dr Franciszek Witaszek** pomścił poznańskie ofiary gestapo. Niemcy okrutnie rozprawili się z nim i jego współpracownikami. Co w jego konspiracyjnej działalności było prawdą, a co legendą?*

operacyjne do szycia ran. Pracując w zakładzie Mikrobiologii Lekarskiej odkrył *clarovac*, środek umożliwiający wieloletnie konserwowanie owoców i warzyw.

Te osiągnięcia i wynalazki będą pośrednio argumentem uprawdopodobniającym jego udział w wynalezieniu i przygotowaniu trucizn do walki z hitlerowcami.

Na froncie w 1939 r. znalazł się zbiegiem okoliczności: na rozkaz władz wojskowych ewakuował z Poznania do COP fabrykę catgutu. Kiedy jego transport został rozbity przez Niemców – znalazł się jako lekarz w szpitalu polowym rannych w bitwie nad Bzurą. W październiku 1939 r. powrócił do Poznania. Podjął praktykę prywatną, prowadził akcje szczepień ludności polskiej przeciwko chorobom zakaźnym, udzielał bezpłatnej pomocy niezamożnym Polakom. Od października 1939 r. był członkiem Komendy Okręgu Poznańskiego ZWZ, w której kierował Wydziałem Sanitarnym. W 1941 r. przejął dowództwo Związku Odwetu. Z tą jego konspiracyjną funkcją łączy się zapewne prawda historyczna i legenda o stratach zadanych Niemcom.

*

Doświadczony w okresie przedwojennym producent catgutu założył w konspiracyjnych lokalach poznańskich tajne laboratoria. Jedno z nich, zlokalizowane w kuchni mieszkania W. Skrzypka przy ul. Piekary, produkowało bomby naładowane termitem. Uczestniczący w produkcji tych bomb inż. G. G. opowiadał Tycnerowi, że prawdziwym majstersztykiem były zapalniki stosowane w tych bombach. Zapalniki, oparte, jak można przypuszczać, na związkach chemicznych, aktywizowały się po długim czasie od uruchomienia i podłożenia bomby. W ten sposób ładunki podkładane przez kolejarzy, uczestników konspiracji, wybuchały w transportach towarowych i wojskowych z dala od Poznania. Gestapo i Abwehra były, jak twierdzi Henryk Tycner, zaalarmowane skalą podpaleń i wybuchów i zdezorientowane ich rozrzutem wokół, ale z dala od Poznania. Informator Tycnera, inż. G. G. twierdził, że z grupą kolejarzy wysadził kilkanaście wagonów załadowanych amunicją i sprzętem wojskowym. Dziennikarz dotarł także do W. Daroszewskiego, który opowiedział mu, że podrzucił kilkanaście bomb termicznych otrzymanych z laboratorium W. Skrzypka.

W laboratoriach dr. Franciszka Witaszka oraz zaprzyjaźnionego i współpracującego z nim dr. Hentryka Guntehra produkowano też prawdopodobnie związki chemiczne, które dolewane do benzyny niszczyły silniki. Pośrednim dowodem tej akcji sabotażowej, nakierowanej na zbiorniki z paliwem, były badania benzyny prowadzone w wielu miejscach przez specjalną wojskową komisję niemiecką.

*

Bliską współpracowniczką dr. Witaszka była Helena Siekierska, zwana Lusią. Pracowała jako laborantka w Zakładzie Bakteriologii niemieckiego uniwersytetu w Poznaniu.

Lusi przypisuje się nielegalne zaopatrywanie Franciszka Witaszka i współpracujących z nim lekarzy w szczepionki przeciwko chorobom zakaźnym. Wynosiła je prawdopodobnie potajemnie z niemieckiego laboratorium. Faktem historycznym, odnotowanym przez wielu autorów, jest akcja szczepień podjęta przez polskich lekarzy, mająca na celu ochronę ludności przed epidemią m.in. tyfusu. Szczepionki te były również rozsyłane przez Siekierską na adresy znanych jej polskich lekarzy do Gdańska, Lublina, Warszawy i Łodzi.

Laborantce Helenie Siekierskiej przypisuje się też wyhodowanie w laboratorium, pod bokiem niemieckich przełożonych, szczepów bakterii chorobotwórczych, które następnie były używane do uśmiercania hitlerowców.

W tym czasie w laboratorium uniwersyteckim personel niemiecki podjął i prowadził badania nad produkcją broni bakteriologicznej, która miałaby służyć celom wojennym. Z informacji, które podawała polska prasa, wynikało, że hitlerowscy laboranci nie skończyli tych badań przed nadejściem frontu wschodniego. Laboratorium to ewakuowano w głąb Niemiec.

Jeśli jednak „witaszkowcy” stosowali trucizny, a może także broń bakteriologiczną (wąglika) do wykonywania wyroków na hitlerowskich mordercach – to broń ta pochodziła na pewno z niemieckiego laboratorium uniwersyteckiego i musiała trafiać do wykonawców wyroków od Heleny Siekierskiej.

*

Pozostajemy dalej przy opowieści dziennikarskiej. Kolejne, sensacyjne i niesamowite, jakby wyjęte z powieści szpiegowsko-sensacyjnej zostały opowiedziane dziennikarzowi przez Mariana Schlegela.

Schlegel wraz ze Stanisławem Witkowskim i Hieronimem Szepke byli kelnerami w restauracji „Cechowa” przy alei Marcinkowskiego. Trójka kelnerów otrzymywała trujące substancje od Witaszka i jego podkomendnych oraz wskazania osób, na których wykonywali wyroki śmierci, aplikując im do potraw truciznę. W początkowym okresie Witkowski – jak opowiadał dziennikarzowi Schlegel – wykonał kilka wyroków, dosypując otrzymane substancje hitlerowskim dostojnikom.

Substancje chorobotwórcze, podawane wytypowanym Niemcom, miały cechy pozwalające na zachowanie konspiracji. Nie wywoływały natychmiastowego zatrucia, ale działały z dużym opóźnieniem, dokonując w organizmach powolnego spustoszenia, które kończyło się zawsze śmiercią. Jeden z tych środków – pisze Tycner – powodował, nawet po jednorazowej dawce, powolne, ale nieodwracalne zniszczenie śledziony lub nerek i zgon. Działanie drugiego środka wycelowane było w serce. Doprowadzał on po pewnym czasie do nagłego zaprzestania czynności układu krążenia.

Środki takie, jeśli mogły być wyprodukowane w laboratorium przez Helenę Siekierską – muszą być znane toksykologom. Ich opinia pomogłaby ocenić, czy poruszamy się sferze mitów czy rzeczywistości. *„Przegląd Lekarski”* z 1967 r., który wydrukował sensacyjny szkic Henryka Tycnera, nie opatrzył go komentarzem ani opinią biegłego toksykologa. Być może treść tego artykułu nie jest znana znawcom przedmiotu. Nakład *„Przeglądu Lekarskiego”* był niewielki, z jego zszywkami można się dziś spotkać tylko w specjalistycznej bibliotece.

*

Najbardziej sensacyjna i pełna dramatyzmu opowieść pochodzi prawdopodobnie również od Mariana Schlegela, jedynego kelnera z „Cechowej”, który przeżył i przez Tycnera przywoływany jest jako świadek zdarzenia.

Centrala poznańskiego ZWZ została powiadomiona z Paryża (podobno porozumiewano się w zaszyfrowany sposób przy pomocy radia), że do Poznania przyjedzie i zatrzyma się na kilka dni w drodze na wschód pięciu wysokich rangą oficerów Abwehry. Znane było nazwisko najwyższego rangą. Nazywał

dokończenie na str. 32

Wąglikiem w morderców

dokończenie ze str. 31

się Horst. Wtedy przy ZWZ istniał już dowodzony przez Franciszka Witaszka Związek Odwetu i on przejął zadanie rozpoznania i zlikwidowania niemieckich oficerów. Ustalono, że oficerowie ci znajdują się w Poznaniu oraz że spotykają się codziennie po pracy w kawiarni „Cafe Sim", mieszczącej się przy alei Marcinkowskiego. W kawiarni tej kelnerami byli dwaj „witaszkowcy": Stanisław Witkowski i Hieronim Szepke. Oni mieli dokonać likwidacji oficerów Abwehry za pomocą dostarczonego im preparatu, który dosypany do kawy, nie natychmiast, ale po paru dniach, spowoduje ich śmierć przez zaprzestanie pracy serca. Kiedy pięć kaw czekało już na tacy do wniesienia na salę, a kelnerzy wsypali do nich dostarczony im proszek, przy stoliku oficerów pojawiło się trzech cywilów. Kelnerzy bali się, że oficerowie odstąpią swoje kawy przybyłym i w ten sposób unikną śmierci. Szybka decyzja – zawartość pięciu filiżanek wędruje do dzbanka, obok osiem mniejszych filiżanek i taca wędruje na stół.

Ponieważ dawka śmiercionośnego środka była bardzo silna, poskutkował rozlany do ośmiu filiżanek. Następnego dnia zmarli dwaj cywile, a dzień później trzeci cywil i jeden z oficerów Abwehry. Dla Niemców stało się oczywiste, że nie były to zgony przypadkowe i za nimi musi się kryć akcja poznańskiego podziemia. Sekcje zwłok wprawdzie nie wykrywają w ciałach zmarłych środka uśmiercającego, ale drobiazgowe śledztwo prowadzone na początku z udziałem pozostałych przy życiu oficerów prowadzi do kawiarni „Cafe Sim". Najpierw Witkowski, później Szepke zostają zatrzymani i osadzeni w niemieckim więzieniu, które mieściło się w przedwojennym Domu Żołnierza. W tym dniu z życiem rozstało się trzech pozostałych oficerów. Witkowski został okrutnie skatowany. Szepke zdołał przemycić do aresztu pastylki z trucizną. Zażył je bojąc się, że nie wytrzyma okrutnych tortur. Trucizna jednak nie zadziałała. Szepke próbuje innej drogi ucieczki z rąk gestapo: podcina sobie żyły. Jego próba samobójstwa zostaje jednak zauważona.

W tym miejscu, w niemieckim areszcie urywa się historia dwóch poznańskich kelnerów z „Cafe Sim". Powróci ona po zakończeniu śledztwa, kiedy wszyscy staną w miejscu wyznaczonej im przez Niemców śmierci.

*

Śledztwo, prowadzone przez miejscowe gestapo, rozwijało się i robiło postępy. Następne aresztowania nastąpiły w szybkim czasie i dotyczyły ludzi z kierownictwa.

24 kwietnia 1942 r. w miejscu ordynowania Franciszka Witaszka pojawili się gestapowcy. Gospodarza zastali w jego gabinecie, w którym przyjmował chorych. Wszyscy zostali wylegitymowani i poddani rewizji. Pacjenci zostali po pewnym czasie zwolnieni. Zatrzymano żonę lekarza, Halinę Witaszkową oraz znajomych Witaszka: dr. Pokorę, dr Marię Grabską oraz syna gospodarzy mieszkania, Tadeusza Wizę i jego przyjaciela Romana Kamerdułę. Dwóch ostatnich obciążał znaleziony przy nich komplet dokumentów na wyjazd do Generalnej Guberni. Wszyscy aresztowani trafili do więzienia gestapo w Domu Żołnierza.

Rozpoczęły się przesłuchania Franciszka Witaszki połączone z torturami. Współwięźniowie widzieli, jak kilkakrotnie prowadzono go skutego kajdankami. Widać było na nim ślady tortur.

Po kilku dniach śledztwa zwolniono Helenę Witaszkową, żonę doktora. Wróciła do pięciorga małych dzieci, którymi w czasie jej nieobecności opiekowały się Lusia czyli Helena Siekierska i Danuta Feldówna. Obie zostały w krótkim czasie aresztowane. Feldównę zwolniono, a Siekierska-Lusia została już w gestapo na zawsze. W najbliższych dniach aresztowano kilkanaście osób, wśród nich dr. Henryka Gunthera i Edwarda Norbeckiego, obu blisko związanych z Franciszkiem Witaszkiem.

U aresztowanych „witaszkowców" i w czasie rewizji znaleziono wiele obciążających przedmiotów i substancji. Gestapo przekazało je do ekspertyzy w Instytucie Bakteriologicznym prof. Ponsolda. Opis przedmiotów i analiza dostarczonych do ekspertyzy substancji obciążyły Franciszka Witaszka, dr. Henryka Gunthera i Edwarda Norbeckiego. Poddany analizie proszek zidentyfikowany został jako termit, który zastosowany w bombach podpalających mógł osiągnąć temperaturę 3000 stopni. 25 ołowianych rurek opisano jako obudowy zapalników do bomb termicznych. Płyny, poddane analizie, zostały opisane jako toksyczne. W kilku fiolkach stwierdzono zawartość bakterii duru oraz wąglika.

W tym przypadku Henryk Tycner nie ucieka się do domniemań. Powołuje się na pismo z ekspertyzą, podając jego sygnaturę, które wpłynęło do Geheime Staatspolizei w Poznaniu od prof. Ponsolda.

Pismo potwierdza wcześniejsze, zbudowane na różnego rodzaju domysłach i skojarzeniach, tezy szkicu Tycnera, że dr Witaszek i związani z nim ludzie produkowali bomby termiczne, preparaty trujące, a także – i to jest już sensacyjną informacją – że w walce z Niemcami stosowali bakterie wąglika.

Istnienia pisma, na które powołuje się dziennikarz, nie potwierdzają zajmujący się sprawą Witaszka historycy. Dodatkowy element wątpliwości w tej sprawie wnosi Jan B. Gliński, który w swoim „Słowniku biograficznym lekarzy i farmaceutów, ofiar drugiej wojny światowej" powołuje się na oświadczenie kilku członków poznańskiego ZWZ-AK, złożone w Instytucie Sikorskiego w Londynie, w którym stwierdzają, że nikt w Poznaniu nie produkował trucizn bakteryjnych, a członkowie ZWZ-AK nie wykonali do 1943 r. ani jednego wyroku śmierci.

*

Dr Franciszek Witaszek został skazany na karę śmierci za zdradę stanu. Identyczne wyroki otrzymali najbliżsi współpracownicy: dr Henryk Gunther oraz laborantka Lusia – Helena Siekierska. Na śmierć skazano kilkunastu innych członków grupy Witaszka. Wszystkie wyroki zostały wykonane 8 stycznia 1943 r. w poznańskim Forcie VII.

Dodatkowym, makabrycznym finałem egzekucji jest fakt, że trupy Witaszka, Gunthera i Siekierskiej zostały następnie zgilotynowane, a ich głowy przekazane do instytutu medycyny sądowej w Poznaniu, gdzie w słojach zostały umieszczone w płynie konserwacyjnym.

Bezprzykładny akt zbezczeszczenia zamordowanych świadczy chyba o wyjątkowej nienawiści, jaką poznańscy gestapowcy pałali do Witaszka i jego najbliższych współpracowników. Głowy te przetrwały do 1945 r., kiedy – zidentyfikowane – zostały 25 listopada złożone w grobie na stokach poznańskiej Cytadeli.

Zygmunt Wiśniewski

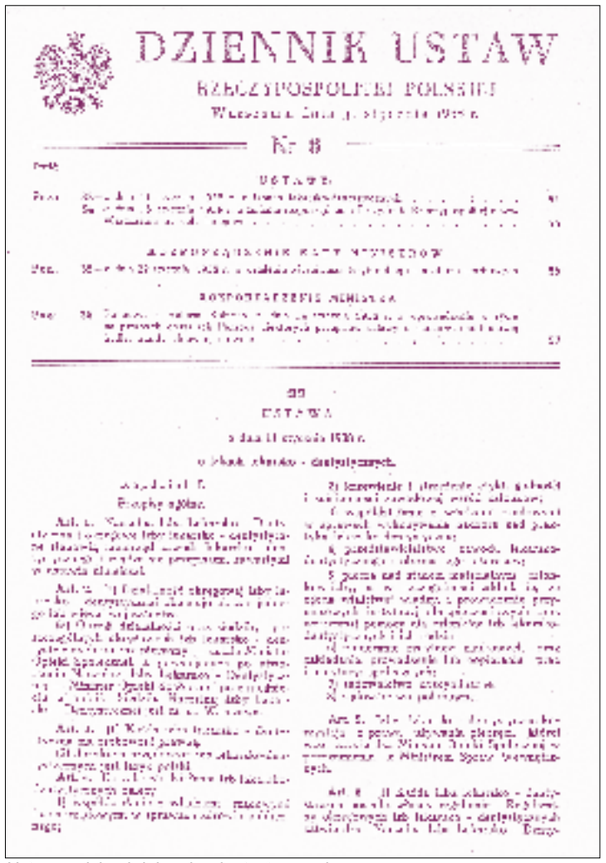
Historie stomatologiczne (15)

Nowi liderzy

Zygmunt Wiśniewski

Środowisko lekarzy dentystów zjednoczyło się w październiku 1938 r. w akcie powołania izb lekarsko-dentystycznych. Niebywała, w tym skłóconym wcześniej środowisku, zgodność w powołaniu władz własnego samorządu zawodowego była sprawdzianem, że są sprawy, potrzeby i interesy zawodowe, które łączą ponad podziałami.

O tych podziałach mówiło się już wcześniej w *„Historiach stomatologicznych"*. Na ziemiach polskich w trzech zaborach panowały różne tradycje kształcenia lekarzy dentystów i lekarzy stomatologów. W Austrii (u nas w Galicji) przyszli lekarze stomatolodzy kończyli studia medyczne na równi z innymi lekarzami, a następnie specjalizowali się w stomatologii. Uczelnie niemieckie kształciły lekarzy dentystów w okrojonym kursie w stosunku do lekarzy i nie honorowały ich wykształcenia na równi z lekarskim. Regułą było jednak odbywanie kursu wyższego, który prowadził do tytułu doktorskiego. Bałagan panował w Rosji. On też udzielał się Królestwu Polskiemu. Na wydziałach lekarskich uniwersytetów (w Petersburgu, Kazaniu, Odessie) dyplomy otrzymywali stomatolodzy, których status był równy z lekarzami innych specjalności. W tym ogromnym kraju uniwersytety zaspokajały w niewielkim stopniu zapotrzebowanie na stomatologów i lekarzy dentystów. Ich kształceniem zajmowały się szkoły państwowe (rangi gubernialnej) i prywatne. Przed wybuchem wojny 1914 r. dwie prywatne szkoły dentystyczne znajdowały się również w Warszawie. Polacy kształcili się w rosyjskich uniwersytetach, a także w 3-letnich szkołach gubernialnych i prywatnych typu zawodowego. Ta zróżnicowana pod względem wykształcenia oraz poziomu teoretycznego i praktycznego grupa otrzymała po odzyskaniu przez Polskę niepodległości wspólny status lekarzy dentystów. Dlatego środowisko to nie było i nie mogło być jednolite.


DZIENNIK USTAW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Nr 8
USTAWA
z dnia 11 czerwca 1938 r.
o izbach lekarsko - dentystycznych.

Ustawa o izbach lekarsko-dentystycznych

Władze odrodzonego państwa polskiego utrzymały, wzorem austriackim, uniwersyteckie kształcenie lekarzy stomatologów. Studia te zasilały kadry lekarskie zaledwie w kilku specjalistów z jednego uniwersytetu rocznie. Zapotrzebowanie na lekarzy dentystów było wielkie, dlatego uruchomiono (początkowo na czas przejściowy) ich kształcenie w Państwowym Instytucie Dentystycznym (PID) w Warszawie, w którym program był krótszy i skromniejszy niż na uniwersytetach. PID dostarczał w najlepszym swoim okresie po ok. 150 absolwentów rocznie. Po kilkunastu latach zdominowali oni ilościowo ten zawód i zaczęli stanowić kadrę większą procentowo w porównaniu do starzejącego się pokolenia absolwentów rosyjskich szkół dentystycznych. Absolwenci PID-u, który przekształcił się w Akademię Stomatologiczną, poprzez własne stowarzyszenie absolwentów, zaczęli wyznaczać kierunek porządkowania własnego, dentystycznego podwórka. Jednym z ich postulatów było powołanie samorządu, czyli utworzenie izb lekarsko-dentystycznych.

Stowarzyszenie to znajdowało intelektualne oparcie w kadrze wykładowej Akademii Stomatologicznej, która była dobrze wykształcona i cieszyła się autorytetem w środowisku lekarskim. Dominacji środowiskowej, którą ze względów ilościowych mieli tuż po wojnie, nie chcieli oddać dentyści wykształceni w szkołach rosyjskich. Ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej z 1927 r. przyznawała im tytularne określenie lekarzy dentystów. Wszyscy oni mieli obowiązek potwierdzić swoją wiedzę w systemie eksternistycznym przed komisjami PID-u. Była to grupa zagrożona w swych przywilejach zawodowych, dlatego nie przejawiała skłonności do reform.

Tak, w uproszczeniu, wyglądała struktura zawodu w początkach II Rzeczypospolitej. Grupy lekarzy dentystów skupiły się, i okopały, we własnych organizacjach typu stowarzyszeniowego lub związkowego, i broniły swoich interesów.

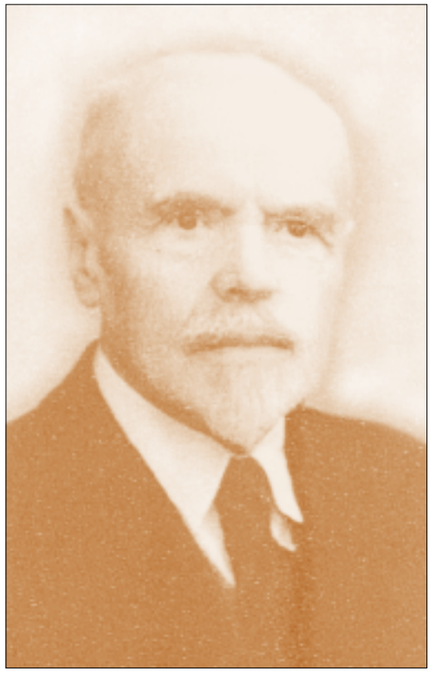
Władze, tak to można z perspektywy historycznej ocenić, prowadziły rozsądną politykę, dbając przede wszystkim

dokończenie na str. 34

Nowi liderzy

dokończenie ze str. 33

o wzrost liczby lekarzy dentystów wystarczająco, chociaż może nie najwyżej, przygotowanych zawodowo. Pozwalały też temu środowisku na wykształcenie



Adam Wolański

własnych organizacji, elit i wyłonienie się przywódców.

Niekwestionowanym autorytetem, można by powiedzieć patronem lekarzy stomatologów i lekarzy dentystów, był prof. Antoni Cieszyński z Uniwersytetu Stefana Batorego we Lwowie.

Obok niego – prof. Wincenty Łepkowski z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wyznaczali oni kierunek, ten najbardziej ambitny, a więc stomatologiczny rozwoju polskiej dentystyki. W ich cieniu pozostawała kadra naukowa PID-u (AS) w Warszawie, która składała się z ludzi z pełnym wykształceniem medycznym i z tytułami naukowymi zdobytymi na uniwersytetach zagranicznych. W Warszawie autorytetami byli prof. prof.: Hilary Wilga, Marian Żeńczak, Aleksander Ujejski, Konrad Szepelski, Alfred Meissner i inni. Wspierali oni poprzez Stowarzyszenie Absolwentów PID-u (AS) i własne kontakty prowadzące do utworzenia izb lekarsko-dentystycznych. Ponieważ samorząd lekarski nie chciał przyjąć lekarzy dentystów do swojego grona, przyjęty kierunek na własne izby lekarsko-dentystyczne był więc jedynym rozsądnym rozwiązaniem..

Stanowiska wymienionych grup i ośrodków opiniotwórczych prezentowały się w prasie profesjonalnej. Prof. Cieszyński miał do dyspozycji własne pismo, *„Polską Stomatologię”*, w której głosił konsekwentnie ideę kształcenia lekarzy o specjalności stomatologicznej. Nie przeszkadzała mu w lansowaniu tego kierunku mizerna liczba stomatologów, absolwentów wydziałów lekarskich uniwersytetów, którzy zasilali polski rynek dentystyczny.

Stowarzyszenie Absolwentów PID-u (AS), zanim w 1935 r. wprowadziło na rynek pismo *„Dwumiesięcznik Stomatologiczny”*, wypowiadało się gościnnie w *„Kronice Dentystycznej”*, a zwłaszcza na organizowanych cyklicznie Zjazdach Lekarzy i Przyrodników Polskich, przy których pracowały sekcje stomatologiczne.

Tradycyjne środowisko dentystów, z prawem używania tytułu lekarz dentysta, wprowadzonym ustawą z 1927 r., było przeciwne zmianom, podejrzewało w nich zamach na swoje uprawnienia i zdobycze. Wyrazicielem ich poglądów i interesów był lekarz dentysta Maurycy Krakowski, absolwent rosyjskiej szkoły dentystycznej z dyplomem zweryfikowanym przez komisję egzaminacyjną Uniwersytetu Warszawskiego. Krakowski od 1906 r. nieprzerwanie redagował pismo środowiskowe *„Kronikę Dentystyczną”*, w której zwalczał reformatorskie poglądy w środowisku, a zwłaszcza ideę powstania izb lekarsko-dentystycznych. Odbiorcy jego pisma, w języku dzisiejszym – sponsorzy – bali się zapewne kolejnej weryfikacji uprawnień, która podważyłaby status i zdobycze lekarzy dentystów (dentystów), absolwentów dawnych rosyjskich szkół dentystycznych. Dopiero zaproszenie członków tej grupy do wspólnego „Bloku” z absolwentami PID-u (AS) sprawiło, że Maurycy Krakowski zmienił poglądy, a jego *„Kronika Dentystyczna”* poparła w 1938 r. ideę powołania izb lekarsko-dentystycznych.

Różnice w przygotowaniu zawodowym i wykształceniu wywołały, zwłaszcza w warszawskim środowisku lekarzy dentystów, podziały organizacyjne i stowarzyszeniowe. Za grupami interesów stali konkretni, znani w swych środowiskach ludzie. Dlatego radca Witold Wojnarski, rozpoczynając przygotowania do powołania samorządu dentystycznego, musiał poszukać nowych ludzi, na których

Kazimierz Dominik

mógłby oprzeć władze nowo powstałych izb lekarsko-dentystycznych.

Człowiekiem nowym, nie związanym z żadnym z wymienionych kręgów był Julian Łączyński z Pabianic. Był absolwentem PID-u, prowadził prywatną praktykę dentystyczną. Po raz pierwszy dał się poznać na zjeździe organizacyjnym Poznańskiej Okręgowej Izby Lekarsko-Dentystycznej, na którym wygłosił referat programowy. Poznańska izba wybrała go delegatem do NIL-D-u. Na pierwszym posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarsko-Dentystycznej został wybrany jej prezesem.

Wiceprezesem NIL-D-u został Konrad Szepelski, profesor stomatologii zachowawczej w Akademii Stomatologicznej w Warszawie. Zanim trafił do AS (wcześniej PID-u), gdzie otrzymał katedrę, był docentem na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. Pracę profesora łączył z funkcją ordynatora oddziału chirurgiczno-stomatologicznego szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie. Zmobilizowany w 1939 r., dostał się do niewoli sowieckiej, został zamordowany w Katyniu.

II wiceprezesem wybrano Stanisława Blocha, warszawskiego lekarza dentystę, prowadzącego praktykę prywatną, piastującego funkcje kierownicze w Związku Lekarzy Dentystów w Państwie Polskim, redagującego pismo *„Dentystyczne Wiadomości Związkowe”*.

Sekretarzem NIL-D-u został Franciszek Borusiewicz, absolwent PID-u, a także Wydziału Lekarskiego UW oraz Oficerskiej Szkoły Sanitarnej (znanej później jako Szkoła Podchorążych Sanitarnych). Pracował jako stomatolog w wojskowym szpitalu szkolnym w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego na warszawskim Ujazdowie, później w Centralnym Ośrodku Zdrowia Przemysłu Wojennego.

Ppłk Stefan Mieszkis, prezes Warszawskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej, wykształcenie dentystyczne zdobył w PID-ie, a stopień oficerski otrzymał w Szkole Podchorążych Sanitarnych. Zatrudniony był w znanym warszawskim Szpitalu Ujazdowskim na stanowisku kierownika przychodni dentystycznej.

Wiceprezesem stołecznej izby został Janusz Szajewski, absolwent PID-u z 1925 r., łączący prywatną praktykę dentystyczną z pracą etatową w Miejskiej Pomocy Lekarskiej w Warszawie.

Kazimierz Dominik, zanim został prezesem Krakowskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej, znany był w Krakowie jako wolontariusz w Klinice Stomatologicznej UJ, gdzie praktykował pod kierunkiem prof. Wincentego Łepkowskiego oraz jako hospitant w szpitalu Św. Łazarza.

Adam Wolański, prezes Wileńskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej, był absolwentem Wojskowej Akademii Lekarskiej w Petersburgu.

Władysław Piątkowski, prezes Poznańskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej studia medyczne odbył we Wrocławiu, Berlinie, Lipsku i Poznaniu. Doktorat medycyny obronił w Lipsku w 1930 r. Osiadł i prowadził praktykę dentystyczną w Poznaniu. Zanim został prezesem izby, był członkiem władz Związku Stomatologów i Lekarzy Dentystów Ziem Zachodnich.

Z wymienionej czołówki osobistości zajmujących kierownicze funkcje w izbach wielu przetrwa wojnę i okupację. W 1945 r. poznamy ich znów jako organizatorów i liderów izb lekarsko-dentystycznych.

Zygmunt Wiśniewski

Sprostowanie

W listopadowym numerze *„Gazety Lekarskiej”* ukazał się artykuł Małgorzaty Kaczmarskiej-Banasiak *„Dentyści to też lekarze”*. W artykule tym znaczącą część Autorka poświęca pismu, które Prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wysłało do Prezesa NFZ jako opinię nt. projektu zarządzenia dotyczącego warunków kontraktów stomatologicznych na rok 2009.

Małgorzata Kaczmarska-Banasiak dokonała wyboru tylko jednego zdania z kontekstu dwustronicowego pisma, co zdecydowanie wypacza argumentację, jaką posłużono się w opinii przesłanej NFZ-owi. Informujemy więc, że Wielkopolska Izba Lekarska opowiedziała się w jednej z części tej opinii za kontynuacją dopłat do świadczeń w roku 2009, głównie z uwagi na niedopuszczalność zmiany reguł kontraktów w trakcie trwania umowy. Zdaniem WIL konsekwentny opór izb przeciw takim praktykom jest ważniejszy od dyskusji nad wpływem dopłat na rynek, gdyż takie przyzwolenie na zmianę zasad może być wykorzystane przez NFZ w dowolnym momencie w przyszłości. Ponadto w znacznej części przypadków zastosowanie świadczeń ponadstandardowych jest jedyną możliwością wykonania zabiegu zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Obawialiśmy się także, że ciągłe zmiany w tym zakresie (likwidowanie dopłat, wprowadzanie i znowu likwidowanie) skierują podejrzenie pacjentów na lekarzy wykonujących świadczenia.

Akapit, w którym Autorka dopatruje się przyczyn owego „ataku od tyłu" w pobudkach osobistych bliżej nieokreślonych działaczy jest już w ogóle niezrozumiały. Nie wiadomo bowiem jak to odnieść do pisma będącego efektem kolegialnej decyzji (Prezydium WIL) i podpisanego – jak wspomina Autorka - przez Przewodniczącego ORL WIL. Wydaje się, że ten akapit wymaga szerszego wyjaśnienia.

zastępca przewodniczącego
Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz

REKLAMA

REKLAMA

Kalendarz
kultura i sport w 2009 r.

- **Data imprezy**. **Nazwa imprezy**; **Miejscowość**; *Organizator*; Izba

- **11.01.** (zastępczy **20.01.**) **X Halowy Turniej Tenisowy**; *Józef Safian, tel. 0601-511-361*; OIL w Zielonej Górze

- **17.01. VII Ogólnopolskie Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim**; **Wisła-Stożek** – Ośrodek Narciarski; *Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361*; Beskidzka IL Bielsko-Biała

- **25-30.01. VII Ogólnopolska Wystawa Malarska Lekarzy**; **Łódź** – Klub Lekarza ORL w Łodzi, ul. Czerwona 3; *Andrzej Święć, przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi, tel. 042-683-17-91*; OIL w Łodzi

- **6-7.02. XII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim**; **Wisła–Stożek –** Ośrodek Narciarski; *Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361; Michał Gałuszek, tel. 0692-466-974*; Beskidzka IL Bielsko-Biała

- **14.02. II Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triatlonie**; **Sandomierz**; *Jacek Łabędzki, e-mail: drdj@op.pl*; Świętokrzyska IL

- **27-28.02. I Mistrzostwa Lekarzy Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim**; **Bystre k. Baligrodu**; *Maria Szuber, tel. 0608-595-510, OIL w Rzeszowie, Jacek Tętnowski, OIL w Krakowie*; OIL w Rzeszowie, OIL w Krakowie

- **5-8.03. IV Zimowe Igrzyska Lekarskie**; **Zakopane**; *Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-257*; OIL w Krakowie

- **6-8.03. VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce**; **Zakopane**; *Maciej Jachymiak*; OIL w Krakowie

- **6.03. IX Ogólnopolska Biesiada Literacka**; **Łódź** – Klub Lekarza ORL w Łodzi, ul. Czerwona 3; *Barbara Szeffer-Marcinkowska, tel. 042-683-17-91*; OIL w Łodzi

- **7-8.03. IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym**; **Nowy Targ**; *Maciej Jachymiak*; OIL w Krakowie

- **3-5.04. I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Hokeju na Lodzie**; **Nowy Targ**; *Maciej Jachymiak*; OIL w Krakowie

- **3-7.04. Międzynarodowy Festiwal Chórów i Orkiestr w Lago di Garda we Włoszech**; **Lago di Garda we Włoszech**; *Aleksandra Bakun*; Okręgowa Warmińsko-Mazurska IL z siedzibą w Olsztynie

- **5.04. XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na dystansie 15 km**; **Bukówiec Górny**; *Leszek Walczak, tel. 0601-754-720*; Wielkopolska IL – delegatura w Lesznie

- **18-19.04. IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej**; **Wieluń** – Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji, Hala Sportowa; *Ewa Wujec, tel. 0605-227-822*; OIL w Łodzi

- **18-19.04. II Ogólnopolski Jurajski Zlot Lekarzy-Motocyklistów**; *Mariusz Malicki, tel. 0600-064-818*; OIL w Częstochowie

- **19-24.04. Ogólnopolska Wystawa „Medyczne Pamiątki”**; **Łódź** – Klub Lekarza OIL w Łodzi; *Andrzej Święć, tel. 042-683-17-91, przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi*; OIL w Łodzi

- **24-25.04. V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2009”**; **Dębica** – Basen Miejski; *Janusz Bieniasz, tel. 014-670-52-61, 0604-090-587*; OIL w Rzeszowie

- **25.04. III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie**; **Istebna-Zaolzie**; *Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361*; Beskidzka IL

- **7-10.05.** (zastępczy **21-24.05.**) **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach i Turniej Rodzin Lekarskich**; **w Ustroniu, woj. śląskie**; *Jerzy Pabis, przew. Komisji Sportu Śląskiej IL, tel. 0605-569-065*; Śląska IL w Katowicach

- **9-10.05. II Drużynowe Mistrzostwa Polski Izb Lekarskich w Golfie**; **Wierzchowiska k. Lublina**; *Artur Czekierdowski, tel. 0606-118-922*; Lubelska IL

- **15-17.05. VII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie**; **Częstochowski** Klub Tenisowy „Victoria”, ul. 3-go Maja 1; *Lesław Rudziński, tel. 0601-913-381*; OIL w Częstochowie

- **po 15.05. VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym**; **Bychawa**; *Krzysztof Matras, tel. 0605-084-016*; Lubelska IL

- **16.05.** (zastępczy **23.05.**) Konrad Kasprowicz, tel. 0-25-691-73-08 Strzelnica „Feniks” Węgrów, ul. Bohaterów Warszawy 10 VIII Puchar Mazowsza Medyków w Strzelectwie Sportowym OIL w Warszawie

- **23.05.** (zastępczy **30.05.**) **IX Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie Ziemnym**; **Bydgoszcz**; *Zbigniew Kula, tel. 0600-464-455, Aleksander Skop, tel. 0604-267-343*; Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu

- **29-31.05. Puchar Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej**; **Łódź** – Szkoła Mistrzostwa Sportowego; *Mariusz Maroszyński, tel. 0504-121-832, Łukasz Rajchert, tel. 0501-418-718*; OIL w Łodzi

- **30.05. Muzyczny Zespół Kameralny WIL Europejskiej Orkiestry Lekarzy EDO**; **Poznań**; *Katarzyna Bartz-Dylewicz, przew. Komisji Kultury Wielkopolskiej IL*; Wielkopolska IL w Poznaniu

- **30.05.** (zastępczy **6.06.**) **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym**; **okolice Oświęcimia**; *Klaudiusz Komor, tel. 0608-365-164*; Beskidzka IL Bielsko-Biała

- **5-6.06. VII Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie – klasa Omega**; **Akwen Jeziora Dąbskiego – Szczecin**; *Halina Teodorczyk, tel. 0604-416-864, H. Ey-Chmielewska, tel. 0601-576-160*; OIL w Szczecinie

- **6.06. VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wieloboju Lekkoatletycznym**; Stadion MOSiR w **Zielonej Górze**; *Maciej Cerbiński, tel. 0601- 790-707, Ryszard Choroś*; OIL w Zielonej Górze

- **6-7.06. VIII Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy**; *Tomasz Klisza, tel. 0691-488-383*; OIL w Częstochowie

- **11-14.06.** (Święto Bożego Ciała) **XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym – Tenis MED-CUP 2009**; **Poznań**; *Ryszard Stawicki*; Wielkopolska IL w Poznaniu

- **do 15.06. Turniej Tenisa Ziemnego dla Lekarzy** (Ogólnopolski); **Lublin**; *Andrzej Semczuk, tel. 0601-715-700*; Lubelska IL

- **18-21.06. III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej**; *Maciej Mrożewski, tel. 0693-543-211*; **Niechorze** – plaża; OIL w Szczecinie

- **26-27.06. IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie**; **Binowo** Park Golf Klub ew. Modre Pole; *Maciej Mrożewski, tel. 0693-543-211*; OIL w Szczecinie

- **27.06.** (zastępczy **5.07.**) **Plener Malarski Lekarzy**; **woj. wielkopolskie, Zaniemyśl**; *Włodzimierz Cerański, tel. 0602-121-084*; OIL w Warszawie

- **28.06. VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo**; **Pułtusk**, **Radom**, **Warszawa** lub **Rydzyna**; *Krystyna Anioł-Strzyżewska, tel. 0600-362-792*; OIL w Warszawie

- **czerwiec. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Muchowym i Spiningowym**; **Zwierzyń k. Leska, Narzecze Sanu**; *Maciej Fortuna, tel. 0604-230-468*; OIL w Krakowie

- **sierpień. Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy**; **Ostróda**; *Roman Uralski, przew. Komisji Kultury i Sportu ORL w Olsztynie*; Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie

- **1-9.08. Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2009”**; **Muczne k. Ustrzyk Górnych**; *Maria Szuber, tel. 0607-365-537, Alfred Orłowski*; OIL w Rzeszowie

- **22.08. Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triatlonie (sprint)**; **Sandomierz**; *Jacek Łabudzki*; Świętokrzyska IL

- **28-30.08. Wiśniowa Góra k. Łodzi** – Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji; **V Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy**; *Włodzimierz Dłużyński, tel. 0601-803-771, Marcin Dłużyński, tel. 0691-758-627*; OIL w Łodzi

- **28-30.08.** lub **4-6.09. X Mistrzostwa Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim**; **Osie nad Wdą, woj. kujawsko-pomorskie** (**Bory Tucholskie**); *Marek Jedwabiński, tel. 0601-993-222, Witold Hryniewicz, tel. 0602-432-892*; Bydgoska IL

- **początek września. Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Klasie Turystycznej**; **Giżycko**; *Roman Uralski, przew. Komisji Kultury i Sportu, tel. 0605-290-909*; Warmińsko-Mazurska IL

- **5.09. XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Górskim**; **Istebna** – Amfiteatr „Pod Skocznią”; *Janusz Lewandowski, tel. 0606-235-361, Maciej Pająkowski, tel. 0602-177-857, Marek Paściak, tel. 0601-540-773*; Beskidzka IL Bielsko-Biała

- **9-13.09. VII Igrzyska Lekarskie**; **Zakopane**; *Maciej Jachymiak, tel. 0606-340-257*; OIL w Krakowie

- **13.09. XIV Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy**; **Zielona Góra** – Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 19; *Józef Safian, tel. 0601-511-361*; OIL w Zielonej Górze

- **17-19.09. VII Światowy Kongres Polonii Medycznej – zawody sportowe: tenis, biegi 100, 40 m, turniej szachowy**; **Toruń**; *Aleksander Skop, tel. 0604-267-343*; Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu

- **19.09.** (zastępczy **26.09.**) **II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim**; **Władysławowo**; *Klaudiusz Komor, tel. 0608-365-164*; Beskidzka IL Bielsko-Biała

- **19.09. XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie Wlkp.**; **Gniezno**; *Wojciech Łącki, tel. 0602-244-817*; IL w Poznaniu

- **26.09. VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Medycznych w Kolarstwie Górskim**; **Michałki 2009**; *Tomasz Karczmarek, tel. 0602-215-001*; Wlkp. IL w Poznaniu

- **wrzesień. I Ogólnopolski Konkurs Poetycki „Puls słowa”**; **Warszawa**; *Maria Żywicka-Luckner*; Okręgowa IL w Warszawie

- **11.10. VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie**; **Poznań**; *Wojciech Łącki, tel. 0602-244-817*; Wlkp. IL w Poznaniu

- **17.10.** (zastępczy **24.10.**) **VIII Mistrzostwa Polski Medyków w Strzelectwie Sportowym**; **Węgrów** – Strzelnica „Feniks”; *Konrad Kasprowicz, tel. 025-691-73-08*; OIL w Warszawie

- **17-18.10. XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym**; **Warszawa**; *Krzysztof Makuch, tel. 0608-200-190, Aleksander Skop, tel. 0604-267-343*;

- **25-30.10. Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim”**; **Łódź** – Klub Lekarza OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3; *Andrzej Święć, tel. 042-683-17-91, przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi*; OIL w Łodzi

- **październik. III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Karate „Rzeszów 2009”**; **Miłocin k. Rzeszowa** – Hala Sportowa Zespołu Szkół Agroprzedsiębiorczości; *Barbara Surdej, tel. 0606-277-742*; OIL w Rzeszowie

- **7-9.11. XII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie**; **Pabianice** – Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji; *Janusz Malarski, tel. 501-113-211, Adam Jakubowski, tel. 0604-121-360, Bogusław Rataj, tel. 0602-574-099*; OIL w Łodzi

- **listopad. XV Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2009”**; **Mielec**; *Zbigniew Bober, tel. 0508-202-626*; OIL w Rzeszowie

- **Chór „Medici pro Musica”**; **Olsztyn**; *Roman Żuralski*; Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie

- **Chór OIL w Białymstoku**; **Białystok**; *Jerzy Gryko, zgłoszenie ustne 26.11.2008 r.*; OIL Białystok

Uprzejmie proszę najpóźniej **do 14 dni** przed terminem imprezy sportowej zgłosić zapotrzebowanie na med**ale do Klaudiusza Komora**, nr tel. kom. **608-365-164**. Istnieje również możliwość wykonania medali przez inną, przez siebie wybraną, firmę, ale nie można przekroczyć dotychczasowych kosztów.

Jacek Tętnowski
przewodniczący Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji NRL

Białystok stolicą halowego futbolu

Po raz czternasty Mielec gościł lekarskich entuzjastów halowej piłki nożnej.

Ubiegłoroczny triumfator Lublin nie zdołał obronić tytułu, odpadając w fazie grupowej. Dwudniową rywalizację 12 drużyn, rozgrywaną w morderczym tempie, rozstrzygnęli zwycięsko lekarze z Białegostoku. Ale dopiero w serii rzutów karnych, bowiem ich pojedynek z Zabrzem zakończył się w regulaminowym czasie bezbramkowo. Bohaterem finałowego starcia był białostocki bramkarz Grzegorz Rakowski.

Lekarze z Białegostoku mistrzami Polski

Mistrzowie zagrali w następującym składzie: **Grzegorz Rakowski**, **Adam Rećko**, **Adrian Hara**, **Robert Petrosjan**, **Wojciech Malarz**, **Kuba Giergiel** i **Marek Frank**.

Zabrze: **Sebastian Telesz**, **Łukasz Gawlik**, **Marian Wolniewicz**, **Dominik Obierzyński**, **Damian Kawecki**, **Mateusz Tajstra**, **Konrad Korniluk**, **Michał Kaczyński**, **Norbert Foltyński** i **Andrzej Wnęk**.

Po trzecie miejsce sięgnął Kraków, pokonując 5:0 odkrycie turnieju Puławy.

Najlepszy strzelec Tadeusz Issat (9)

Najlepszym bramkarzem uznano **Pawła Palucha** z Kielc, najlepszym strzelcem **Tadeusza Issata** z Puław (5 goli), a najwszechstronniejszym piłkarzem **Adama Rećko** z Białegostoku.

Adama Rećko z Białegostoku (w środku) pilnowało zwykle dwóch przeciwników. Z lewej Dominik Obierżyński i Michał Kaczyński z Zabrza.

Turniej dopięty był jak zwykle na ostatni guzik, dzięki Zbigniewowi Boberowi i Leszkowi Kołaczowi oraz ich rozkochanym w futbolu mieleckim przyjaciołom.

Tekst i zdjęcia Marek Stankiewicz

Ogłoszenia sportowe

sport@gazetalekarska.pl

Lekarski Rajd Rodzinny

Na jubileuszowy XV Lekarski Rajd Rodzinny Lekarskiego Klubu Turystycznego „Pro Mile" z Kozienic w dn. 30 maja – 1 czerwca 2008 r. organizatorzy wybrali Pieniński Park Narodowy. Zachwyceni bogactwem wrażeń z pienińskich tras obiecują sobie kolejny rodzinny lekarski rajd w równie pięknym górskim zakątku – jak zapowiada członek Zarządu „Pro Mile" Robert Krawczyń może to będzie Babiogórski Park Narodowy. ***Wkrótce szczegóły***.

7 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym

odbędą się w dn. **29-30.05.2009 r. w Bychawie koło Lublina**. *Informacje:* ***www.szosa.eu*** *i organizator* ***Krzysztof Matras****, e-mail:* ***szosa@szosa.eu****, tel.* ***0605-084-016***.

Spotkanie rocznika 1968 warszawskiej AM w 40 rocznicę dyplomu

26 czerwca 2008 r. w gościnnych progach Klubu Lekarza w Warszawie spotkało się 120 absolwentów Wydziału Lekarskiego, Stomatologii i Pediatrii warszawskiej AM rocznik 1968. Spotkanie rozpoczęliśmy Mszą św., a następnie przeszliśmy do klubu. Po spotkaniu i rozliczeniu kosztów przekazaliśmy 1020 zł na fundację Ewy Błaszczyk AKOGO. Zaplanowaliśmy następne spotkanie za 5 lat. Zofia Gola-Podkowińska, Piotr Luboiński

Zjazdy koleżeńskie

Absolwenci Wydziału Lekarskiego, Oddziału Pediatrycznego i Stomatologicznego AM we Wrocławiu, rocznik 1959

Jubileuszowy zjazd absolwentów z okazji 50 rocznicy absolutorium odbędzie się we **Wrocławiu** w dn. **22-23.05.2009 r.** Opłata za uczestnictwo: część oficjalna (piątek, godz.11.00-15.00) 100 zł, osoba towarzysząca (poczęstunek w Oratorium) 50 zł, bankiet (piątek, godz.19.00) 180 zł, wycieczka statkiem + lunch (sobota, godz.14.00) 50 zł, całkowity koszt uczestnictwa 330 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-000do 15.02.09 r., z dopiskiem „Zjazd 1959", z wyszczególnieniem wpłat. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska z okresu studiów i obecnego. Hotele prosimy załatwiać we własnym zakresie. Sugerujemy rezerwację (pokoje z łazienkami): Art Hotel, ul. Kiełbasnicza, tel.+48 71-78-77-242 (p. Zakrzewska) z dopiskiem – uczestnik bankietu 22.05.09 (cena promocyjna): pokój 1-osobowy ze śniadaniem 270 zl, 2-osobowy ze śniadaniem 280 zł/dobę. Hotel Sawoy, ul. Kościuszki 19, tel.+48 71-344-30-71: pokój 1-osobowy w tygodniu 152 zł, w weekend 132 zł, 2-osobowy w tygodniu 194 zł, w weekend 174 zł. Hotel Wieniawa, ul Gajowicka 130, tel. 765-33-03, +48 71-362-63-33: pokój 1-osobowy 160-200 zł, 2-osobowy 200-260 zł. Hotel Etap, Wrocław-Południe (Krzyki), ul Wyścigowa 35 a, tel. +48 71-360-89-91: pokój 1-2-3-osobowy w tygodniu 169 zł, w weekend 129 zł. *Informacje:* ***Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu****, tel.* ***+48 71-798-80-68****, e-mail:* ***patrycja.malec@dilnet.wroc.pl****;* ***kol. Małgorzata Pawłowska****, tel.* ***+48 71-322-71-66*** *(adres:* ***ul. B.Prusa 37/39 m. 3, 50-317 Wrocław****).* Komitet Organizacyjny: Kamila Barczyk-Łuczyk, Irma Kacprzak-Bergman, Lech Letkiewicz, Wanda Milczanowska, Janusz Patkowski, Irena Popek, Małgorzata Pawłowska-Stępniewska

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1954-59

W 50 rocznicę absolutorium planujemy zjazd absolwentów AM w Warszawie rocznika 1954-59 (starosta Marian Patrzałek), **30.05.2009 r.** (**sobota**). Przewidywany koszt udziału ok. 100 zł. Dokładniejsze informacje o szczegółach organizacyjnych podamy w terminie późniejszym. *Bardzo prosimy o możliwie wczesne zgłaszanie chęci udziału (****do końca lutego****), pod adresami:* ***Marianna Głogowska, 00-102 Warszawa, ul. Marszałkowska 111A m. 526****, tel.* ***22-652-02-11*** *lub* ***0693-169-640*** *albo* ***Andrzej Marynowski, 00-759 Warszawa, ul. Parkowa 21 m. 10****, tel.* ***22-841-08-61*** *lub e-mail:* ***absolwent1959@gmail.com***

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.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.

Kalendarz
kursy, szkolenia, zjazdy (2009)

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej.
Praktyczne kursy **ultrasonograficzne**,
podstawowe i doskonalące:

- **8-11.01.** ***Ultrasonografia gruczołu piersiowego (zmiany łagodne, zmiany złośliwe, węzły chłonne)***
- **16-18.01.** ***Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)*** – doskonalący

Pkt. edukac. OIL. Nr konta: 26 1090 1346 0000 0001 0852 9738. Zapisy: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej, tel. 061-657-94-63, 603-76-20-41, faks 61-657-94-72, www.obraz.pl, e-mail:obraz@obraz.pl

EVMACO – szkolenia:

- **10.01.** Warszawa, hotel Hyatt. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaprasza na konferencję „**Nowości w cukrzycy**". 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków; evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.nowosciwcukrzycy.evmaco.pl
- **24.01.** Warszawa, hotel Westin. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne oraz Polskie Towarzystwo Nefrologiczne zapraszają na II Sympozjum Naukowe „**Nefropatia cukrzycowa**". 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków; evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.nefropatiacukrzycowa.evmaco.pl
- **18.04.** Warszawa, hotel Sofitel Victoria. Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zapraszają na konferencję „Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych". 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.nowezalecenia.evmaco.pl
- **30.05.** Warszawa, hotel Sheraton. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zaprasza na konferencję „**Obecne wyzwania i przyszłe możliwości pochodnych sulfonylomocznika**". 8 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: EVMACO ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.pochsu.evmaco.pl

- **15.01**, **5.03**, **23.04**, **25.06**, **17.09**, **29.10**, **10.12.** OIM abcMED Sp. z o.o. zaprasza lekarzy i osoby wykonujące badania **spirometryczne** na szkolenia doskonalące w Krakowie pt. ***Spirometria w praktyce***. Kontakt: e-mail: biuro@abcmed.pl, tel/faks 012-637-31-82, www.abcmed.pl

Instytut „Pomnik-**Centrum Zdrowia Dziecka**".
Tematy posiedzeń klinicznych
w roku akademickim 2008/2009:

- **20.01.** Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii. ***Model postępowania z dziećmi z cholestazą ze szczególnym uwzględnieniem cholestaz rodzinnych*** – dr n. med. Irena Jankowska
- **3.02.** Klinika Pediatrii. ***Praktyczne zastosowanie metod leczenia żywieniowego w klinice*** – prof. dr hab. Janusz Książyk
- **17.02.** Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii. ***Nieswoiste choroby zapalne jelit u dzieci. Obraz kliniczny, podłoże molekularne, leczenie biologiczne*** – prezentacja zbiorowa kliniki
- **3.03.** Klinika Kardiologii. ***Identyfikacja czynników ryzyka nagłego zgonu sercowego u dzieci z kardiomiopatią przerostową – prezentacja realizacji wyników zadania statutowego 80/2005*** – dr med. Lidia Ziółkowska
- **17.03.** Klinika Rehabilitacji Pediatrycznej. ***Dziecko ryzyka - aspekty i możliwości postępowania usprawniającego*** – prezentacja zbiorowa kliniki
- **7.04.** Zakład Genetyki Medycznej. ***Rola szlaku sygnalnego Ras-MAPK w etiologii i patogenezie chorób uwarunkowanych genetycznie*** – dr med. Elżbieta Ciara
- **21.04.** Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej. ***Epidemiologia, diagnostyka i leczenie inwazyjnych zakażeń grzybiczych*** – prof. dr hab. n. med. Danuta Dzierżanowska, mgr Ewa Romanowska
- **5.05.** Zakład Radioimmunologii. ***Znaczenie endoteliny (ET-1) w patogenezie niektórych chorób układu pokarmowego*** – doc. dr hab. Roman Janas
- **19.05.** Fundacja MEDERI. ***Przemoc wobec dzieci w świetle nowych przepisów prawnych: prawo i obowiązki lekarza*** – lek. med. Małgorzata Zbroszczyk-Szczepaniak
- **2.06.** Zakład Patologii. ***Rola czynnika transkrypcyjnego PPAR w tkance mięśnia sercowego w regulacji procesów zapalnych i metabolicznych oraz rozwoju niewydolności serca*** – prof. dr hab.n.wet. Elżbieta Czarnowska
- **16.06.** Zakład Psychologii Zdrowia. ***Czy hasło „Twoje zdrowie w Twoich rękach" znajduje empiryczne potwierdzenie – wyniki badań własnych. Umiejscowienie kontroli zdrowia u młodzieży przewlekle chorej a współpraca z lekarzem i efekty leczenia u pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym*** – mgr Joanna Pietrusińska

Posiedzenia kliniczne w IPCZD odbywają się w pierwszy i trzeci wtorek każdego miesiąca o godz.13.30 w głównym budynku Instytutu. Dojazd autobusami nr 125, 525, 119, 147, 305. Informacje: Sekcja Szkoleń IPCZD, tel. 022-815 -11-32.

- W **lutym** rozpoczną się dwusemestralne studia podyplomowe: **Kosmetologia w medycynie**, organizowane przez Wyższą Szkołę Zawodową Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, we współpracy z Podyplomową Szkołą Medycyny Estetycznej PTL. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.kosmetyka.edu.pl; Wyższa Szkoła Zawodowa Kosmetyki i Pielęgnacji Zdrowia w Warszawie, ul. Podwale 13, 00- 252 Warszawa, Jacek Wałasz, tel. 0-22-635-50-09, faks 0-22-635-73-62, e-mail: jacek.walasz@wszkipz.pl

- **5-8.02.**Słupsk-Ustka. V Akademia **Dermatologii** i **Alergologii**. Informacje: www.ekonferencje.pl/VADA

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii** – kursy:

- **27.02., 28.02.** ***Echokardiografia płodowa*** – warsztaty
- **5.03.** ***Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu*** – warsztaty, 20 pkt. do Certyfikatu PTG
- **6-8.03.** ***Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii*** – 30 pkt. do Certyfikatu PTG
- **20-21.03.** ***Praktyczny kurs kolposkopii*** – Certyfikat PTPZ HPV
- **31.03.** ***Echokardiografia płodowa*** – warsztaty
- **3-4.04.** ***Echokardiografia płodu*** – kurs dla zaawansowanych, 6 pkt. do Certyfikatu PTU
- **23.04.** ***Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu*** – warsztaty, 20 pkt. do Certyfikatu PTG
- **24-26.04.** ***Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii z ultrasonografią sutka*** – 30 pkt. do Certyfikatu PTG
- **8-9.05.** ***Niepłodność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej***
- **26-27.06.** ***Echokardiografia płodowa*** – kurs do Dyplomu Skriningowego Badania Serca Płodu, 6 pkt do Certyfikatu PTU
- **2.07.** ***Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu*** – warsztaty, 20 pkt. do Certyfikatu PTG
- **3-5.07.** ***Diagnostyka dopplerowska w położnictwie i ultrasonografia w ginekologii*** – 30 pkt. do Certyfikatu PTG

Programy kursów i zapisy: e-mail: mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513, www.mszu.pl

- **1-8.03.** Krynica Górska. Towarzystwo Szkolenia Podyplomowego EURODENS zaprasza na V Forum **Stomatologii Praktycznej**. Informacje na stronie www.eurodens.pl

- **6-7.03.** Poznań. VI ogólnopolskie repetytorium **pulmonologiczne**. Coroczna ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy **rodzinnych**, **internistów** i **pulmonologów**. Zapisy do 15.02.09. Opłata 150 zł; lekarze do 30 r. ż. i emeryci: 70 zł, członkowie PTChP 50 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". Certyfikat z 15 pkt. edukac. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-93-95, tel/faks 061-841-70-61, www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem Konferencja: Informacje ogólne - Program. Informacje w sprawie warsztatów udzielane będą telefonicznie. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na stronie Kliniki: www.sk1.am.poznan.pl/ftyzjo pod odnośnikiem Konferencja - Formularz zgłoszeniowy, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-70-61

Mazurska Szkoła **Usg** i **Ginekologii**

- **11-14.03.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych***
- **22-27.03.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących***. Teoria i praktyka
- **4.09.** ***Diagnostyka prenatalna z elementami echokardiografii płodowej*** (dokładny termin na www.usg.pisz.pl)
- **16-19.04.** ***Endokrynologia estetyczna***
- **23-26.04.** ***Patologia i choroby sutka***
- **3-8.05.** ***USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących***. Teoria i praktyka
- **13-16.05.** ***USG z zastosowaniem technik dopplerowskich w ginekologii i położnictwie***
- **20-23.05.** ***Kolposkopia dla początkujących***
- **25-27.06.** ***Patologia ciąży***

Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl. usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**.
Szkolenia z zakresu USG i cytodiagnostyki:

- **17-20.03.**, **21-24.04.**, **26-29.05.**, **16-19.06.** ***Diagnostyka USG jamy brzusznej*** – kurs podstawowy
- **23-25.03.** ***Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci***

Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel.: 071-348-39-66 lub 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, http://www.usg.webd.pl/

Medyczne Szkolenia Podyplomowe Pakt.

- **21-22.03.** Katowice. ***Nowoczesna diagnostyka obrazowa, leczenie i rehabilitacja zespołów bólowych kręgosłupa***, zgł. do 3.01.09.
- **23-24.05.** Ustroń. ***Warsztaty osteoporotyczne***, zgł. do 30.04.09.

Informacje: Medyczne Szkolenia Podyplomowe PAKT, 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, tel./faks 032-251-22-64, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl

- **24.04**, **26.06**, **18.09**, **12.11**, **11.12.** Kraków; **5.06.**Warszawa; **6.10.** Bydgoszcz. OIM abcMED Sp. z o.o. oraz Zakład Aerozologii i Bioinżynierii Aerozoli MEDiNET zapraszają lekarzy i osoby wykonujące **inhalacje** lecznicze i diagnostyczne na warsztaty pt. ***Optymalizacja leczenia inhalacyjnego***. Kontakt: e-mail: biuro@abcmed.pl, tel/faks 012-637-3182, www.abcmed.pl

- **16.05.** Kraków, Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej Manggha. Redakcja „Medycyny Praktycznej – Onkologii" we współpracy z European School of Oncology organizują konferencję **Onkologia** 2009. Całodzienna konferencja będzie w całości tłumaczona symultanicznie na język polski. Informacje na stronie www.mp.pl/onkologia2009

- **21-23.05.** Lublin. XV Zjazd Polskiego Towarzystwa **Chirurgii Onkologicznej**. Informacje: www.ptcho2009.skolamed.pl. Zgłoszenia: Biuro Kongresów SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: kongres@skolamed.pl

- **28-30.05.** Zamek Kliczków, Centrum Konferencyjno-Wypoczynkowe Kliczków 8, 59-724 Osiecznica. XXVI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa **Ortopedów WP**, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Tematy: 1. ***Zespoły bólowe barku i uszkodzenia pierścienia rotatorów*** 2. ***Nowoczesne metody leczenia złamań końców stawowych kości*** 3. ***Tematy wolne***. Adres Komitetu Organizacyjnego: Komitet Organizacyjny XXVI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Ortopedów WP 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Żary Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, ul. Domańskiego 2, 68-200 Żary, tel. 068-470-78-33, 068-470-78-31, kom. tel. rejestracyjny: 0662-288-526, faks 068-470-78-15, e-mail: pprusz@wp.pl, http://www.ortopediazarska.org.pl. Ważne informacje i terminy: Koledzy w czynnej służbie proszeni są o uczestnictwo w obradach w umundurowaniu wyjściowym. W streszczeniach prac prosimy nie zawierać informacji dotyczących anatomii, historii, statystyki etc. Prace w formie elektronicznej prosimy przesyłać do Przewodniczących Komitetów Naukowych oraz Organizatora: Temat 1: „Zespoły bólowe barku i uszkodzenia pierścienia rotatorów" – doc. dr. hab n. med. Jan Płomiński (strona pocztowa). Temat 2: „Nowoczesne metody leczenia złamań końców stawowych kości" – prof. dr hab. n. med. Edward Golec, e-mail: bolec@poczta.onet.pl. Temat 3: „Tematy wolne" – prof. dr hab. n. med. Zbigniew Dudkiewicz (poczta). Do 15.02.09 r. – zgłoszenie uczestnictwa i streszczenia referatu wraz z CD na adres Komitetu Organizacyjnego oraz wniesienie opłaty za uczestnictwo i przesłanie kopii dowodu wpłaty na adres Komitetu Organizacyjnego. Do 15.04.09 r. – powiadomienie autorów o zakwalifikowaniu prac. Przekroczenie powyższych terminów może być przyczyną braku możliwości zabezpieczenia noclegów przez organizatora oraz niezamieszczenia streszczenia w materiałach konferencji. Pkt. edukac.

- **17-19.09.** Łódź. XII Zjazd Polskiego Towarzystwa **Chirurgii Plastycznej**, **Rekonstrukcyjnej** i **Estetycznej**. Tematy: 1. ***Wady wrodzone*** 2. ***Zniekształcenia pourazowe*** 3. ***Zniekształcenia pochorobowe*** 4. ***Procedury estetyczne*** 5. ***Plastyka narządów płciowych*** 6. ***Tematy wolne***. Organizator Zjazdu: Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, 90-153 Łódx, tel. 042-67-76-741, faks 042-67-76-749, e-mail: klinchirplast@toya.net.pl, www.ptchprie.republika.pl

- **3.10.** Warszawa, Sala Wykładowa Centrum **Onkologii** – Instytutu, ul. Roentgena 5. Klinika **Nowotworów Tkanek Miękkich** i **Kości** Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie organizuje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej i Przewodniczącego Rady Naukowej Centrum Onkologii-Instytutu IV Konferencję Naukowo-Szkoleniową z cyklu „***Pierwotne nowotwory tkanek miękkich i kości***". Temat wiodący: ***Postępy w leczeniu skojarzonym mięsaków tkanek miękkich***. Konferencji będzie towarzyszyć międzynarodowe spotkanie EORTC Soft Tissue/Bone Sarcoma Group (1-2.10.09). Program naukowy konferencji: *Diagnostyka patologiczna i radiologiczna mięsaków tkanek miękkich. Leczenie skojarzone mięsaków tkanek miękkich kończyn, powłok i przestrzeni zaotrzewnowej. Nowe terapie celowane molekularnie mięsaków tkanek miękkich. Rejestr Kliniczny GIST.* Koszt uczestnictwa: 150 zł. 8 pkt. edukac. Bieżące informacje na stronie http://www.coi.waw.pl (w zakładce: Zjazdy, Sympozja, Konferencje) Komitet organizacyjny: Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości Centrum Onkologii – Instytut, ul. Roentgena 5; 02-781 Warszawa, tel. 022-546-21-72, faks 022-643-97-91, e-mail: miesaki@coi.waw.pl, dr n. med. Piotr Rutkowski

- **8-10.10.** Kraków. V Międzynarodowe Sympozjum ***Alloplastyka Całkowita Stawu Kolanowego***, pod patronatem Polskiego Towarzystwa **Ortopedycznego** i **Traumatologicznego**, w ramach **Dekady Kości i Stawów 2000-2010**. Referaty – j. angielski, dyskusja – j. polski i angielski. Koszt udziału: wpłata do 31.07.09 – 400 zł, wpłata po 31.07.09 – 500 zł. Konto: Deutsche Bank Kraków, ul. Sarego 2, nr 22-1910-1048-0001-0298-1121-0001. Terminy: nadsyłanie zgłoszeń 31.05.09, nadsyłanie streszczeń 30.06.09, Komitet Organizacyjny: Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego oraz Fundacja Leczenia Urazów i Schorzeń Narządów Ruchu, os. Na Skarpie 66, 31-913 Kraków, tel. 012-644-47-58, faks 012-644-76-54, e-mail: ortopedia@orttra.pl, www.orttra.pl/symposium

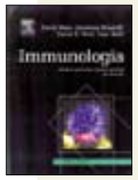
opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Książki nadesłane

Elsevier Urban & Partner Sp. z o. o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 071-330-61-61.
Zamówienia: tel. 042-680-44-09, faks 042-680-44-86,
elsevier@azymut.p, www.elsevier.pl



Immunologia
David Male, **Jonathan Brostoff**, **David B. Roth**, **Ivan Roitt**
red. wyd. polskiego **Jan Żeromski**
Wrocław 2008, str. 544
Tłumaczenie wydania VII podręcznika, które różni się od poprzednich zawartością materiałów z zakresu współczesnej immunologii opierającej się na tłumaczeniu zjawisk za pomocą informacji uzyskanych z dziedzin takich jak biochemia, genetyka molekularna, fizyka. Wiele danych immunologicznych wyjaśniono w oparciu o nowoczesne eksperymenty na zwierzętach modyfikowanych genetycznie. Liczne nowe tabele i ryciny. Ponadto prezentowane są przypadki kliniczne, a na końcu każdego rozdziału znajduje się zestaw pytań i zagadnień.

Badanie obwodowego układu nerwowego
materiały: ***A Neurological Journal – Brain***
red. wyd. I polskiego **Wojciech Turaj**
Wrocław 2008, str. 62
Ilustrowany przewodnik po uszkodzeniach nerwów obwodowych. Diagramy ilustrujące unerwienie mięśni przez różne nerwy obwodowe oraz diagramy rozkładu unerwienia skóry i dermatomów. Wykaz nerwów i głównych korzeni rdzeniowych zaopatrujących mięśnie oraz często badanych ruchów. Dla studentów, lekarzy specjalizujących się w neurologii, neurochirurgii, ortopedii i rehabilitacji.

Gazometria krwi tętniczej
Iain A.M. Hennessy, **Alan G. Japp**
red wyd. polskiego **Jacek Smereka**
seria: ***To Proste***
Wrocław 2008, str. 138
Podstawowe wiadomości niezbędne do zrozumienia istoty tego badania. Praktyczne zastosowanie gazometrii, informacja jak interpretować wyniki. Opis praktycznych sytuacji klinicznych, w których zastosowano analizę ABG, jej rola w diagnostyce i monitorowaniu leczenia. Analiza wszystkich ważnych odchyleń w wyniku ABG. Dla studentów, lekarzy i pielęgniarek oddziałów specjalistycznych oraz ratowników medycznych.

Anatomia układu ruchu. ***Przewodnik do ćwiczeń***, zeszyt pierwszy
red. **Zofia Ignasiak**, **Jarosław Domaradzki**
Wrocław 2008, str. 142
Rysunki i szczegółowe pytania dotyczące kolejnych układów. Stanowi pomoc dla studentów w pozyskiwaniu i utrwalaniu wiadomości.

Anestezjologia. ***Na dyżurze***
Holger Künzig, **Peter Lemberger**
red. wyd. I polskiego **Andrzej Kübler**
Wrocław 2008, str. 170
Forma kołonotatnika. Aktualne i praktyczne informacje. Szybkie źródło informacji w sytuacji nagłej zarówno dla lekarzy uczących się anestezjologii, jak i specjalistów.

Wydawnictwo Medyczne Via Medica
Internetowa Księgarnia medyczna IKAMED

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73, tel + 48-058-326-78-11,
faks + 48-058-320-94-60, e-mail: ikamed@ikamed.pl, www.ikamed.pl

Choroby po zawale serca
pod red. **Jacka Kubicy** i **Władysława Sienkiewicza**
wyd. I. Gdańsk 2008, str. 200
Książka zawiera analizę przyczyny chorób występujących po zawale serca wśród różnych grup pacjentów. Omawia różne metody przywracania pacjentom sprawności oraz wskazuje na rolę niektórych leków.

Repetytorium z EKG
część 3 – ***EKG zwierciadłem medycyny***
wyd. I. Gdańsk 2008, str. 214
Badania pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, zaburzeniami endokrynologicznymi, zatorowością płucną, patologiami układu oddechowego, wadami serca, patologiami osierdzi i zaburzeniami elektrolitowymi. Wybrane zapisy EKG obejmują szeroki zakres patologii. Komentarze autorek, analizy zapisu przydatne dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu z kardiologii i lekarzy praktyków.

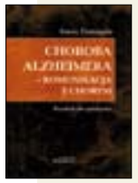
Wydawnictwo Continuo

53-505 Wrocław, ul. Lelewela 4, pok. 325, tel./faks 071-791-20-30,
e-mail: wydwnictwo@continuo.wroclaw.pl, www.continuo.wroclaw.pl

Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje
pod red. **Iwony Pirogowicz** i **Andrzeja Steciwko**
nakład: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Samorząd Województwa Opolskiego
Wrocław 2008, str. 122
Publikacja poświęcona dzieciom urodzonym przedwcześnie; seria „Dziecko i jego środowisko". Zagadnienia związane z opieką perinatologiczną, neonatologiczną, pediatryczną, neurologiczną, okulistyczną i rehabilitacyjną.

Homoseksualizm u mężczyzn
Aspekty psychologiczne, psychiatryczne i ewolucyjne
Arkadiusz Brzask
Wrocław 2008, str. 100.
Publikacja poświęcona stosunkowo nowym badaniom naukowym potwierdzającym hipotezę neurorozwojową orientacji seksualnej mężczyzn.

Komputery dla rozsądnych
Bogumił Antoni Kiss
Wrocław 2008, str. 160
Książka, której autorem jest lekarz, informuje o zagrożeniach zdrowotnych wynikających z przebywania na stanowiskach komputerowych. Omawia niektóre dolegliwości i choroby związane z pracą przy komputerze, wskazując na istotne i mniej istotne zagrożenia i nakłaniając do rozsądnego obchodzenia się z tym sprzętem. Zwraca uwagę na konieczność stosowania się do zasad ergodynamicznych przy tworzeniu stanowisk komputerowych i przestrzegania zasad higieny pracy przy komputerze. Podaje proste i łatwe ćwiczenia, które pozwalają niwelować skutki pracy przy komputerze. Wskazania szczególnie przydatne dla ludzi młodych, którzy często bagatelizują zasady, nieświadomi złych skutków ich nieprzestrzegania i dla rodziców, którzy nie zdają sobie sprawy, jaki wpływ na młody organizm ma nadmierne używanie tego bardzo pożytecznego sprzętu.

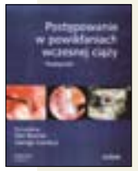


Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym
Poradnik dla opiekunów
wyd. II zmienione
Wrocław 2008, str. 48
Konkretne rady i wskazówki dotyczące komunikowania się opiekunów z chorymi sprawdzone w praktyce oraz bardzo przydatny wykaz lektur poszerzający wiedzę opiekunów na temat tej choroby.

Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi
Wybrane zagadnienia, t. 1
pod red. **Andrzeja Steciwko**, **Marioli Wojtal**, **Danuty Żurawickiej**
nakład: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego
Wrocław 2008, str. 108.
Prezentacja wyników badań pracy naukowo-badawczej nauczycieli akademickich, lekarzy, pielęgniarek i położnych pracujących na uczelni.

MediPage Sp. z o.o.

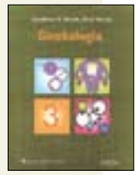
02-549 Warszawa, ul. J. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl



Postępowanie w powikłaniach wczesnej ciąży
Podręcznik
pod red. **Tom Bourne** PhD, **George Condous** MRCOG
red. naukowy wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Jan Oleszczuk**
Warszawa 2007, str. 160
Praktyczny przewodnik postępowania w zagrożonej ciąży, bogato ilustrowany. Dla szkolących się w zakresie medycyny matczyno-płodowej i położnictwa oraz dla położnych i ultrasonografów.

Chirurgia przezpochwowa
Michel Cosson, **Denis Querlen**, **Daniel Dargent**
ilustr. **Guillaume Blanchet**
red. naukowy wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Artur Jakimiuk**
Warszawa 2008, str. 208
Przewodnik po technikach chirurgii przezpochwowej. Liczne ramki z tekstem zawierającym praktyczne wskazówki lub podstawowe błędy popełniane przez niedoświadczonych operatorów. W celu przejrzystego przedstawienia każdego etapu operacji użyto ponad stu kolorowych ilustracji i 230 kolorowych fotografii. W części pierwszej ogólne aspekty chirurgii ginekologicznej, w drugiej szczegółowo opisane operacje. Poruszono kwestie rozpoznawania i zaopatrywania powikłań. W ostatniej części krytyczna ocena opisanych operacji. Dla ginekologów, chirurgów i urologów.

Diagnostyka ultrasonograficzna wad płodu
Michael Entezami, **Matthias Albig**, **Adam Gasiorek-Wiens**, **Rolf Becker**
red. naukowy wyd. pol.
prof. dr hab. n. med. **Romuald Dębski**
konsultacja dr hab. n. med. **Dariusz Borowski**
Warszawa 2008, str. 360
Atlas prezentuje przegląd technologii ultrasonograficznych używanych w diagnostyce płodu. Niezbędny do właściwego rozpoznania nieprawidłowych struktur płodu, ułatwia wczesne podejmowanie decyzji klinicznych. Ponad 500 obrazów i zdjęć, wskazówki do interpretacji obrazów, opis technik badania ultrasonograficznego, dodatkowe rozdziały na temat zaburzeń genetycznych oraz ich miękkich markerów, pozapalnych nieprawidłowości i ciąży mnogiej. Kodowany kolorem format tekstu widoczny również przy zamkniętym podręczniku.



Ginekologia
Jonathan S. Berek, **Emil Novak**
red. naukowy wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Jan Kotarski**
T. 1-4. Warszawa 2008, str. (1-4) 1810
Ceniony na całym świecie podręcznik ginekologii. Polska edycja jest tłumaczeniem 14 wydania Berek & Novak's Gynecology. T. 1: *Zasady praktyki lekarskiej*, *Nauki podstawowe*, *Profilaktyka i opieka podstawowa*. T. 2: *Ginekologia zachowawcza*, *Ginekologia operacyjna*, *Uroginekologia i chirurgia rekonstrukcyjna miednicy*. T. 3: *Endokrynologia ginekologiczna*. T. 4: *Ginekologia onkologiczna*.

Ponadto nadesłano:

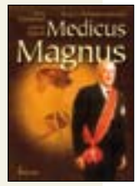
100 pytań i odpowiedzi na temat chłoniaków
Peter Holman, **Jodi Garrett**, **William D. Jansen**
przekł. **Joanna Opalińska**, **Ireneusz Dziuba**
Warszawa 2008, **Wydawnictwo DORKA**
03-475 Warszawa, ul. Borowskiego 2, p. 212,
tel. 022-492-32-12, faks 022-492-32-60,
www.dorka-medica.pl, e-mail: dorka@dorka.waw.pl, str. 190
Książka popularyzuje rzetelną wiedzę o chłoniaku. W sposób prosty i zrozumiały przedstawiono kolejne etapy rozmowy z chorym. Z tą publikacją powinni się zapoznać lekarze, chorzy i ich bliscy oraz pielęgniarki. Załącznik zawiera dane na temat badań klinicznych nad chłoniakiem.

Praktyczna ultrasonografia dopplerowska w położnictwie
Podstawy oceny serca płodu
Marek Pietryga, **Jacek Brązert**
Poznań 2008, **Wydawca Exemplum**
faks 061-665-06-43, biuro@exemplum.pl,
www.exemplum.pl, str. 348
Zbiór wiadomości i porad praktycznych dla lekarzy, którzy na różnym etapie zaawansowania w zakresie ginekologii i położnictwa planują lub wykonują badania dopplerowskie. Podstawowe elementy oceny ultrasonograficznej serca płodu. Liczne ryciny, tabele z wartościami referencyjnymi i zdjęcia (zamieszczono 625, z czego 615 wykonali autorzy) oraz porady praktyczne. Dołączono płytę CD-R.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty
Komentarz
Eleonora Zielińska
Elżbieta Barcikowska-Szydło, **Mirosława Kapko**, **Katarzyna Majcher**, **Krzysztof Sakowski**, **Witold Preiss**
Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska,
Księgarnia firmowa, 01-231 Warszawa,
ul. Płocka 5A (wej. od ul. Ludwiki), tel. 022-535-800-72,
022-535-81-72, www.wolterskluwer.pl,
Księgarnia internetowa 022-535-80-78, www.profinfo.pl,
e-mail: profinfo@wolterskluwer.pl, str. 808, cena 169,00 zł
Pierwszy na rynku komentarz do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zawiera analizę przepisów wg stanu prawnego na dzień 30 września 2008 r. z uwzględnieniem problemów występujących w praktyce i orzecznictwie sądowym. Kompleksowo omawia zasady wykonywania zawodu, które wynikają z ustawy, jak i innych aktów prawnych. Analizuje stosunki lekarzy z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza organami samorządu zawodowego i NFZ. Szczególne miejsce poświęca relacji lekarz – pacjent. Publikacja polecana lekarzom, pracownikom ZOZ, organizacjom pozarządowym, prawnikom i innym zainteresowanym. Przydatna dla studentów, stażystów, wykładowców uczelni medycznych i organizatorów kształcenia podyplomowego.

dokończenie na str. 45

dokończenie ze str. 43



Medicus Magnus. Rzecz o Marianie Garlickim
Jacek Ejsmond, Andrzej Sowa
Warszawa 2008, **Bellona SA**,
00-844 Warszawa, ul. Grzybowska 77,
dział wysyłki tel. 022-457-03-06, 652-27-01,
faks 022-620-42-71, e-mail: biuro@bellona.pl,
www.bellona.pl, www.ksiegarnia.bellona.pl
str. 220

Publikacja ukazuje się w setną rocznicę urodzin prof. Mariana Garlickiego. Autorzy przedstawiają Profesora takim, jakim zapamiętali go ci, którzy go spotykali, obcowali z nim i mieli okazję go obserwować z różnej perspektywy. Zapamiętali go jako wielkiego profesjonalistę, człowieka oddanego swemu powołaniu, wiernego ojca rodziny, szanującego swoich pracowników, kulturalnego towarzysza, życzliwego ludziom, człowieka o wielkim autorytecie, z którego zdaniem liczyli się wszyscy. Książkę zaczyna „Kalendarium – subiektywny autorski wybór faktów z życia generała profesora Mariana Garlickiego (1908-2002). Następnie zamieszczono szereg rozmów: z synami, kolegami, pacjentami i innymi osobami, które miały coś interesującego do powiedzenia o Profesorze. Zamyka ją wybór fragmentów z wywiadów, zatytułowany „Marian Garlicki o sobie i medycynie". Publikację tę polecamy szczególnie młodym pokoleniom lekarzy.

Na szczycie stromej góry Opowieści o transplantacjach
Dariusz Korotko, Judyta Watała
Kraków 2008, **Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak"**, 30-105 Kraków,
ul. Kościuszki 37, e-mail: czytelnicy@znak.com.pl,
bezpł. infolinia 0800-130-082, Gadu-Gadu 8182
str. 180

Autorzy – dziennikarze, prowadzą rozmowy z wieloma sławami polskiej medycyny, aby pokazać problem transplantacji z różnych perspektyw. Opisują dramatyczne historie dawców organów i ich rodzin oraz wzruszające i ciekawe losy ludzi, którzy przeszli przeszczepy organów. Książka uświadamia, że dar z własnego ciała jest czynem prawdziwego miłosierdzia. Przyjęcie zaś daru jest wielkim wyzwaniem. Zamieszczono też informacje o historii transplantacji w Polsce i zdjęcia z przeszczepu wątroby.

Komary na zębach
Bartosz Niedziółka
Poznań 2008, **SORUS s.c. Wydawnictwo i Drukarnia Cyfrowa Daszewice**, ul. Piotrkowska 31,
61-160 Poznań, tel. 061-653-01-43,
faks 061-877-24-81, e-mail: sorus@sorus.pl
księgarnia internetowa www.sorus.pl
wyd. I, str. 138

Autor – lekarz stomatolog urodzony w 1973 r. zadebiutował wierszowaną opowiastką dla dzieci „Bajka o robaku zębowym" (2007). W prezentowanym zbiorku opisuje swoje barwne, beztroskie i bezpieczne dzieciństwo pełne miłości. Wspomina zabawne przygody przeplatając je zaskakującymi sytuacjami, jakie zdarzają się z pacjentami gabinetu stomatologicznego. Z humorem opisuje te sytuacje wyciągając pouczające wnioski. Nudna codzienność gabinetu stomatologicznego w opowiadaniach autora staje się źródłem nie tylko ciekawych spostrzeżeń, ale polem do wyobraźni i pozwala za każdym razem odkryć urok pracy i nie popaść w rutynę dnia codziennego.

opr. md