

1 2010

Gazeta
ISSN 0967-2146
Lekarska
Pismo Izby Lekarskich

Exemplarz bezpłatny

Trzema głosami



Dyskretny urok cenzusu

Sejm uchwalił nową ustawę o izbach lekarskich. Dziesiątki spotkań, posiedzeń i narad, setki godzin dyskusji w ostatnich latach, towarzyskie koneksje z parlamentarzystami, czasem ich osobista wdzięczność wobec lekarzy, przekonywanie i trąfanie do konkretnych ludzi, którzy w końcu naciskają przyciski w Sejmie, zostały nagrodzone. To nie żadna rewolucja, ale usankcjonowanie stanu istniejącego od niemal dwudziestu lat. Niestety, nie wszyscy politycy byli jednakowo życzliwi lekarzom, ale takie już ich zbójeckie prawo. Jak mawiał Albus Dumbledore z Harrego Pottera: „... wybory ukazują kim naprawdę jesteśmy, o wiele bardziej niż nasze zdolności!” Najbardziej żarliwych sojuszników lekarskiej sprawy, którzy trzema głosami przeważyli szalę, przedstawiamy z imienia i nazwiska już na następnej stronie, a ja od siebie kłaniam się im nisko. Dziękujemy!

Niestety, nie wszystko kręci się tak, jakbyśmy chcieli. Znowu jakieś fatum zawisło nad egzaminem specjalizacyjnym z interny. Po dość pomyślnej sesji wiosennej, jesienią co czwarty zdający nie poradził sobie z testem. Duch absurdałnych pytań powrócił, a 173 lekarzy odjechało do domu bez tytułu specjalisty. Oceny bardzo dobre były udziałem tylko 12 osób. Czy znowu dyżurnym winnym będzie konsultant krajowy? Czyżby w Polsce pracowali tylko marni interniści? Nasi zagraniczni rozmówcy nie potwierdzają tej tezy i bez wahania powierzają Polakom dobrze płatne posady w europejskich szpitalach. Przygotowanie się do PES z interny to wielomiesięczne trzęsienie ziemi w życiu kandydata na specjalistę, jego rodziny oraz jego pracodawcy. Dlaczego mimo tego na szczęście przemijającego stanu ciągle tak wiele osób decyduje się na interne? Bo zdanie interny otwiera drogę do wielu specjalizacji szczegółowych z niej się wywodzących, bez których trudno funkcjonować na dzisiejszym rynku pracy – analizuje przyczyny niepowodzeń nasza publicystka Krystyna Knypl w artykule „Królowa jest ciężko chora”. Akompaniuje jej pryncypialny głos Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich i przemysłeni świeżo upieczonego specjalisty chorób wewnętrznych, którego nawet po egzaminie nie udało nam się namówić do ujawnienia swego imienia. „Postępowanie egzaminacyjne jest złe” - twierdzi nasz anonimowy bohater i wyjaśnia nam dlaczego.

I ostatnia sprawa. „Gazeta Lekarska” patronuje akcji „Partnerstwo dla transplantologii”. W Polsce przeszczepia się mniej narządów w porównaniu do innych krajów. Jedną z przyczyn jest zbyt mała aktywność środowiska lekarskiego. Sam entuzjazm i poczucie misji tu nie wystarczą. Na sukcesy w hodowli genetycznie modyfikowanych świń, od których można pobierać narządy, przyjdzie nam pewnie jeszcze poczekać. „Chcemy doprowadzić do sytuacji, by przeszczepiony narząd nie był odrzucany i mógł służyć choremu do końca życia. Przede wszystkim chodzi o nerki, których «przeżywalność» jest średnio 11-letnia, co powoduje, że ok. 20 proc. czekających na ten narząd, to chorzy czekający na retransplantację. Widać więc, że musimy raczej liczyć na ludzkich dawców niż na zwierzęta” – wyjaśnia prof. Magdalena Durlik, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w rozmowie z Agnieszką Katrynicz.

Zapraszamy do lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Trzema głosami	4-7
Okiem Prezesa	5
U stomatologów	6
Rodzinni kontra koszyk	8-9
Centralna Ewidencja Punktów Edukacyjnych	10-11
Królowa jest ciężko chora	12-13
Siedzimy na MINI-e	16-17
Przypadki-zagadki	17
Narządy poszukiwane od zaraz	18-19
Kalejdoskop leków	20-21
Wybory do izb lekarskich	23
ABC ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy	24
Przychodzi lekarz do prawnika	26-27
Zjazdy, gremia i konwenty	28-29
Lekarski sport	30-31
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdy	32-33
Książki nadesłane	34-35
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	36-44
Ogłoszenia różne	45

Wszystkiej pomyślności

w Nowym 2010 Roku

życzy redakcja.

Baza polskich lekarzy za granicą
www.polscylekarze.org

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

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

Trzema głosami

Legislacyjna wędrówka ustawy o izbach lekarskich po co najmniej siedmiu latach dobiegła końca. Niektórzy mówią o dwunastu. Dziesiątki spotkań, posiedzeń i narad, setki godzin dyskusji, towarzyskie koneksje, czasem osobista wdzięczność wobec lekarzy, przekonywanie i trafiać do konkretnych ludzi, którzy w końcu naciskają przyciski w Sejmie, zostały nagrodzone. Sejm przyjął poprawkę Senatowi, na mocy której izbom lekarskim trzeba będzie zwrócić majątek brutalnie zagrabiony przez reżim stalinowski w 1950 r. Do pełni szczęścia brakuje tylko podpisu Prezydenta RP. Nowa ustawa zastąpi 8-krotnie nowelizowaną ustawę o izbach lekarskich.

To nie żadna rewolucja, ale usankcjonowanie stanu istniejącego od niemal dwudziestu lat – komentował przyjęty przez rząd projekt ustawy o izbach lekarskich Konstanty Radziwiłł, prezes NRL. Projekt opracowało Ministerstwo Zdrowia we współpracy z samorządem lekarskim. Wiele zapisów obowiązywało już w formie rozporządzenia ministra zdrowia. Teraz znajdują się w ustawie.

Liberałowie przeciw reprivatyzacji?

Projekt zapisu przywracającego ciągłość historyczną samorządu lekarskiego autorstwa NRL został zgłoszony przez Komisję Zdrowia Sejmu RP jako wniosek mniejszości i na posiedzeniu plenarnym Sejmu odrzucony. Poprawka w obecnym brzmieniu urodziła się w krakowskiej izbie lekarskiej, która jest żywo zainteresowana odzyskaniem swojej okazałej kamienicy przy Krupniczej 11. W kolejce na odzyskanie swoich siedzib czekają także lekarze w Poznaniu, Łodzi i Lublinie.

Za jedną z najładniejszych 4-piętrowych kamienic w Lublinie, za którą 457 lekarzy Izby Lubelsko-Wołyńskiej zapłaciło lokalnemu kamienicznikowi Konstantemu Fitzermanowi w 1938 r. 180 tys. zł (oszczędzali na to podobno 11 lat), otrzymali po 60 latach rekompensatę w postaci kompletnie zniszczonego i zaniebanego budynku, który doprowadzono do stanu używalności za blisko 10 mln dzisiejszych złotych. Ale i tak dzierżawa budynku i działki w Lublinie skończy się już za 20 lat. Dla porządku i walutowej wyobraźni przypomnę, że w 1938 r. Fiat 508C, motoryzacyjne cacko, dziś nazywane „wypasioną bryką”, o pojemności 1089 cm³ i mocy 32 KM oraz trzybiegowej skrzyni biegów, kosztowało 5400 zł. Tymczasem przodownik policji zarabiał 240 zł, sędzia 500 zł, pułkownik WP 1100 zł, a lekarze na ogół nie obnosili

się z tym, ile zarabiają. Byli wśród nich i krezusi, i klepiący biedę medycy gdzieś rozsiani po Kresach Wschodnich, gdzie i tak ślady lekarskiej posługi są raczej niemożliwe do odtworzenia.

Ale do rzeczy. Dzięki dobrej współpracy krakowskiej izby z senatorem Pawłem Klimowiczem poprawka szybko trafiła do Senatu, gdzie, o dziwo, szybko zyskała aprobatę większości. Aż trudno uwierzyć, że trudności zaczęły się, gdy ustawa ponownie znalazła się w Sejmie. Platforma Obywatelska, która jest stronnictwem liberalnym, ceniącym podobno jak ideowy klejnot w koronie własność prywatną, w znakomitej większości odmówiła poparcia poprawki. Minister zdrowia Ewa Kopacz też zagłosowała przeciw.

„Dochowaliśmy wszelkiej staranności przy procedowaniu tej ustawy” – usprawiedliwiał się w imieniu rządu wiceminister zdrowia Marek Twardowski. Poinformował, że na wniosek przewodniczącego Komitetu Stałego Rady Ministrów Michała Boniego przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i Ministerstwa Skarbu Państwa zgodnym chórem orzekli, że zwrócenie majątku izbom jest niemożliwe. Chyba najbardziej przewrotnym argumentem była obawa przed roszczeniami innych izb (np. aptekarzy). „W ten sposób otworzylibyśmy furtkę do zgłaszania roszczeń, czego skali, jeżeli chodzi o skutki, zupełnie nie dałoby się przewidzieć” – przekonywał Twardowski. Zainteresowanym odzyskaniem swojej własności ironicznie doradzał, by dochodzili swoich praw przed niezawisłymi sądami.

Bez nich by się nie udało

Za przyjęciem senackiej poprawki głosowali wszyscy posłowie Prawa i Sprawiedliwości. Nikt ze 147 parlamentarzystów PiS się nie wstrzymał. Z koalicyjnych uzgodnień wyłamało

się aż 20 posłów Polskiego Stronnictwa Ludowego z wicepremierem Waldemarem Pawlakiem, Eugeniuszem Kłopotkiem i Januszem Piechocińskim na czele. Siedmiu posłów Lewicy i tyleż samo Polski Plus nie wystraszyło się, że z powodu paru izbowych kamienic pogłębi się kryzys w kraju. W chwili próby na miano przyjaciół lekarskiego samorządu zasłużyli także niezrzeszeni posłowie: prof. **Marian Filar, Bogdan Lis, Jerzy Widański, Marek Balicki, Andrzej Celiński, Maciej Płażyński i Władysław Szkop**. Zapytamy ich wkrótce, czy głosowali przeciwko rządowi czy za lekarzami.

Na szczęście starczyło odwagi jednemu posłowi PO na czele z **Elżbietą Radziszewską, Lidią Staroń, Łukaszem Gibalą, Andrzejem Kanią, Norbertem Wojnarowskim, Janem Musiałem, Danutą Pietraszewską, Andrzejem Ryszką i Jackami Żalkiem i Zacharewiczem**, by poprzeć poprawkę i przeważyć szalę w głosowaniu.

Naszej lekarskiej sprawie znów nie nadano politycznego priorytetu. Jarosław Kaczyński i Donald Tusk w ogóle nie głosowali, więc nie wiemy co naprawdę o tym myślą i czy w ogóle o nas myślą. Skutecznie – nie tylko w dniu głosowania – lobbował, przemierzając sejmowe kuluary i parlamentarne gabinety, nasz kolega chirurg **Andrzej Matyja**, od niedawna szef krakowskiej rady lekarskiej. Wszyscy oni zapracowali na nasze uznanie.

Personalne wyniki głosowania są dostępne na naszej stronie internetowej **www.gazetalekarska.pl**

Znajdziecie tam przyjaciół lekarzy i tych, którzy przyjaciół przed wami notorycznie udają.

Przypomnijmy, że...

Zmianie ulegną postępowania przed izbami, co przyczyni się do lepszego egzekwowania praw pacjentów. Ustawa dostosowuje polskie przepisy do wy-

roków Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, który wskazał na konieczność przyznania stronom możliwości odwołania się od orzeczeń sądów lekarskich do sądu powszechnego.

W ustawie doprecyzowano zadania samorządu lekarzy. Do jego zadań należy nie tylko przyznawanie, ale również zawieszanie i pozbawianie/ograniczanie prawa do wykonywania zawodu. Zadania wykonywane przez samorząd uzupełniono m.in. o opiniowanie kandydatur lekarzy na niektóre stanowiska lub funkcje, prowadzenie rejestrów: lekarzy, praktyk lekarskich oraz ukaranych lekarzy.

Do przyczyn, które uzasadniają skreślenie lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej dodano m.in. utratę prawa wykonywania zawodu z powodu utraty obywatelstwa, ubezwłasnowolnienia lub upływu czasu, na jaki przyznano prawo do wykonywania zawodu.

Jednym z wiceprezesów Naczelnej Rady Lekarskiej będzie lekarz dentysta. Zadania naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej rozszerzono m.in. o: sprawowanie nadzoru nad działalnością okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sprawowanie funkcji oskarżyciela przed sądami lekarskimi.

Postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej będzie dwuinstancyjne, a od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego możliwa będzie kasacja do Sądu Najwyższego. Z tego uprawnienia będzie korzystać minister zdrowia oraz prezes NRL. Strony będą też mogły zaskarżyć do Naczelnego Sądu Lekarskiego postanowienia naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Postępowanie przed sądami lekarskimi będzie jawne, przy poszanowaniu prawa pacjentów do zachowania tajemnicy zawodowej.

Tryb postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej dostosowano do standardów przyjętych w Kodeksie postępowania karnego. Wyraźnie sformułowano, że w postępowaniu tym należy stosować zasadę domniemania niewinności. Określono, że tymczasowe zawieszenie w czynnościach przez sąd lekarski prawa do wykonywania zawodu wobec lekarza możliwe będzie jedynie wówczas, gdy zebrane dowody – z dużym prawdopodobieństwem – będą wskazywać, że popełnił on ciężkie przewinienie zawodowe, a jego dalsza praca zagrażałaby bezpieczeństwu pacjentów lub wskazywać, że może on popełnić kolejny błąd.

dokończenie na str. 7

Okiem Prezesa



To mój ostatni felieton „Okiem Prezesa”. Powinien być podsumowujący. O to jednak chyba najtrudniej. Napracowałem się przez te osiem lat „prezesowania”. Oddałem samorządowi kawał swojego życia. Dałem z siebie tyle, ile umiałem. Spotkałem wielu wspaniałych ludzi; wielu z nich zostało moimi przyjaciółmi. Były też spotkania trudniejsze, ale przecież w większości przypadków udało się zachować wzajemny szacunek. Nauczyłem się wielu cennych rzeczy; było to osiem lat intensywnego dojrzwania. Nasza samorządowa demokracja nauczyła mnie trudnej sztuki argumentowania, niezgadzania się, no i wreszcie bezwzględnie zgodnej z przyjętym wspólnie stanowiskiem sztuki reprezentowania i walki o realizację naszych postulatów. Poznałem świat salonów politycznych i gremia najznakomitszych ekspertów. Po ośmiu latach tych zmagania z podniesionym czołem idę na Zjazd. Mimo wielu porażek (*nobody is perfect*), które były naszym wspólnym udziałem, wydaje mi się, że bezwzględną uczciwością i całkowitym oddaniem sprawom publicznym zasłużyłem na to, aby moje imię było zapisane po „dobrej stronie”. Bilans sukcesów i porażek, już nie tylko moich, ale koleżanek i kolegów z Naczelnej Rady Lekarskiej, zostanie ostatecznie oceniony przez Delegatów na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Mam nadzieję, że przyznają nam oni, że nie tylko staraliśmy się, ale więcej nam wyszło dobrze niż źle.

W nowej kadencji samorząd na pewno będzie trochę inny. Mimo pewnych kłopotów z frekwencją wyborczą, wielu nowych kolegów zdecydowało się na pracę w izbach. Wśród Delegatów na Zjazd znaczna ich liczba będzie tam po raz pierwszy. Dwadzieścia lat od odrodzenia się, po pierwszym styczniu samorząd będzie funkcjonował pod rządami nowej ustawy o izbach lekarskich, która w nieco odmienny sposób opisuje niektóre aspekty naszych działań. Szczególnie dużo zmian dotyczy rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich. Na pewno nowi działacze samorządowi będą mieli wiele innych pomysłów na to, czym powinniśmy się zajmować. Temu, obok wyborów nowych władz, poświęcone będą dni zbliżającego się Zjazdu.

Już dziś jednak widać, że wśród priorytetów samorządu powinny znaleźć się działania na rzecz poprawy wizerunku środowiska lekarskiego, a także inicjatywy wspierające wysiłki lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie specjalizowania się i ciągłego rozwoju zawodowego. Wobec wprowadzanego przez ustawę obowiązku posiadania przez wszystkich praktykujących członków izb polis ubezpieczenia odpowiedzialności zawodowej rola samorządu w zapewnieniu najkorzystniejszych rozwiązań ubezpieczeniowych będzie jeszcze większa. Narastająca liczba lekarzy i lekarzy dentystów samozatrudnionych zachęca do powrotu do pracy nad stworzeniem dodatkowego funduszu emerytalnego dającego szansę na uzupełnienie kieszonkowych emerytur zusowskich i ofeowskich. Wprawdzie wyraźnie poprawiła się w ostatnich latach sytuacja znacznej części środowiska, ale wciąż hańbiące jest istnienie licznej grupy lekarzy, których wynagrodzenia plasują się poniżej średniej płacy w gospodarce. Izba musi pozostać drogowskazem i wsparciem dla lekarzy coraz częściej stających wobec wzbierającej fali popularności nienaukowych metod „leczenia” oraz niewyobrażalnych jeszcze niedawno trudnych dylematów etycznych. Samorząd nie może także pozostawać obojętny wobec narastających problemów zdrowia publicznego: starzenia się społeczeństwa, nowych epidemii, zmian klimatycznych, ciągle utrzymującego się problemu palenia, nierówności w dostępie do opieki medycznej, niedoboru kadr medycznych i wielu innych.

Dziękując wszystkim, z którymi dane mi było współpracować, życzę tym, którzy zdecydowali się na przejście od nas pałeczki samorządowej sztafety, aby zrealizowali swoje plany dla dobra środowiska lekarskiego i naszych pacjentów.

Wreszcie korzystając z okazji szczególnego czasu, w jakim się znajdujemy, życzę wszystkim samych dobrych dni w nowym roku. Do zobaczenia!

**Towarzystwo Szkolenia
Podyplomowego Eurodens
w Lublinie**

zaprasza na

VI Forum Stomatologii Praktycznej

w Krynicy-Zdroju

**14-21 luty 2010,
numer kursu: 01/10**

Zakwaterowanie uczestników (Hotel
Lwigród ul. Nitribitta 6, 33-380 Krynica-
Zdrój)

od 14.02.2010 – niedziela, od godz. 15.00

do 21.02.2010 – niedziela, do godz. 10.00

Zaproszeni wykładowcy:

prof. dr hab. n. med. T. K. Różyło – *radio-
logia*

prof. dr hab. n. med. M. Pryliński – *pro-
tezyka*

prof. dr hab. n. med. T. Bączkowski – *pro-
tezyka protezy całkowite*

dr n. med. I. Kuroń – *licówki porcelanowe*

dr n. med. K. Sarna

dr n. med. P. Mieszkowski

dr M. Wilk – *pacjent ortodontyczny w prak-
tyce ogólnostomatologicznej*

dr n. med. Agnieszka Pacyk

mgr Piotr Chmielowski – *podstawowe
zagadnienia dezynfekcji i sterylizacji w ga-
binetach stomatologicznych*

lek. stom. Monika Minor – *praca w po-
większeniu*

Richard Lobodzinski – *sterowana regene-
racja i augmentacja jakości*

mgr Zbigniew Nowakowski – *instrumenty
stomatologiczne (rodzaje, zastosowanie
i konserwacja)*

Cennik dla uczestników forum dostępny
na stronie **www.eurodens.pl**

Zachodni sąsiedzi wyróżnili naszego kolegę!

**5 listopada 2009 r. w Monachium dr Kazimierz Bryndal, członek NRL,
odebrał zaszczytne wyróżnienie z rąk dr. Petera Engela – prezydenta
Niemieckiej Izby Lekarsko-Dentystycznej BZÄK.**

Niemiecki Zjazd Lekarzy Dentystów (Deutsche Zahnärztetag) odbywa się każdego roku i jest wspólnym wydarzeniem Federalnej Izby Lekarsko-Dentystycznej (Bundeszahnärztekammer - BZÄK), Federalnego Związku Lekarzy Dentystów Kas Chorych (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – KZBV) oraz Niemieckiego Towarzystwa Stomatologicznego (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – DGZMK). Podczas zjazdu reprezentowane jest całe środowisko stomatologiczne – zarówno ze sfery politycznej, naukowej, jak i praktycznej. Zjazd jest jedynym ogólnofederalnym wydarzeniem, na którym przedstawiane są i omawiane wszystkie aspekty stomatologii. Niemieckie Towarzystwo Stomatologiczne (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), które zrzesza różnego rodzaju stomatologiczne organizacje naukowe w Niemczech, obchodziło w ubiegłym roku 150 rocznicę powstania.

Podczas ubiegłorocznego zjazdu dr. Kazimierzowi Bryndalowi nadano **honorowe członkostwo Federalnej Izby Lekarsko-Dentystycznej** (Ehrenmitglied der Bundeszahnärztekammer) za zasługi w zakresie współpracy pomiędzy europejskimi organizacjami lekarzy dentystów.

Osiągnięcia naszego kolegi w pracy na forum międzynarodowym są nam dobrze znane, cieszymy się razem z Kaziem, że zostały dostrzeżone również przez niemieckich dentystów.

Anna Lella



POŻYTECZNA INICJATYWA

**Nakładem wydawnictwa Via Medica w Gdańsku ukazała się książka
„Choroby zawodowe lekarzy stomatologów”.**

Jest to praca zbiorowa pod redakcją Krzysztofa Tuszyńskiego i Anny Lelli. To pozycja, którą powinni posiadać nie tylko lekarze dentyści, ale również lekarze specjaliści medycyny pracy, pracodawcy oraz okręgowe izby lekarskie w swoich bibliotekach.

Zawiera ona informacje o narażeniach w gabinecie dentystycznym, chorobach zawodowych lekarzy dentystów, ubezpieczeniach społecznych z tytułu chorób i wypadków oraz podstawach prawnych i procedurach uzyskiwania rent i odszkodowań z powodu schorzeń lub wypadków w pracy.

Informacje te pozwoliły mi skrócić czas potrzebny do uzyskania orzeczenia o chorobie zawodowej do 6 miesięcy, ponieważ wiedziałam, jakie badania powinienam wykonać, jakie druki ma mi wypełnić lekarz specjalista medycyny pracy i w jakim czasie lekarz specjalista w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy powinien po badaniu napisać orzeczenie. Książkę więc bardzo Kolegom polecam, wszak nie wiadomo co może nas w życiu zawodowym spotkać.

Małgorzata Kaczmarek-Banasia

Trzema głosami

dokńczenie ze str. 5

Aby zapobiec przewlekłości postępowania określono terminy, do upływu których należy zakończyć postępowanie wyjaśniające. Czas trwania postępowania wyjaśniającego na okres ponad roku będzie mógł przedłużyć tylko Naczelny Sąd Lekarski. Wprowadzono również możliwość złożenia przez strony zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Możliwe będzie przejęcie dalszego postępowania przez naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Katalog kar rozszerzono o karę pieniężną, okresowy zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej lub ochrony zdrowia oraz okresowe ograniczenie w wykonywaniu zawodu lekarza.

Lekarze wykonujący zawód w Polsce będą mieli obowiązek ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu zawodu. Szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, terminy oraz minimalną sumę gwarancyjną ustali w rozporządzeniu minister finansów w porozumieniu z ministrem zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej.

Organy kończące kadencję będą mogły działać do czasu ukonstytuowania się nowych władz. Ograniczono pełnienie tej samej funkcji do dwóch następujących po sobie kadencji. Biernego prawa wyborczego pozbawieni będą nie tylko, jak dotychczas, lekarze ukarani przez sąd lekarski naganą lub zawieszeniem prawa wykonywania zawodu, ale także m.in. ukarani przez sąd lekarski innymi karami, a ponadto zawieszeni przez sąd powszechny w prawie wykonywania zawodu czy skazani wyrokiem sądu powszechnego za przestępstwo umyślne lub przestępstwo skarbowe.

Marek Stankiewicz

Źródło: www.premier.gov.pl

REKLAMA

REKLAMA

Rodzinni kontra koszyk

Agnieszka Katrynicz

Mimo zapowiedzi, że wprowadzenie koszyka nie wpłynie na dostępność świadczeń i warunki ich udzielania, zmienić ma się bardzo dużo. I nawet chwilowe zawieszenie tych wymagań nie jest powodem do ulgi.

Federacja Porozumienie Zielonogórskie alarmuje, że ani w tym, ani w przyszłym roku podstawowa opieka zdrowotna nie będzie mogła spełnić wymagań rozporządzeń koszykowych. – Przez rok nie przybędzie nam pieniędzy i personelu – komentuje Bożena Janicka, prezes Porozumienia Zielonogórskiego (PZ). Są co najmniej dwa wymogi rozporządzenia, których POZ nie może spełnić. Dotyczą one dostępności lekarza do pacjenta oraz szczepień.

Faworyzowanie sieci?

Zapis, że lekarz rodzinny ma być dostępny każdego dnia w swojej praktyce od godz. 8.00 do 18.00 czyli 10 godzin dziennie (obecnie to placówka lekarza rodzinnego ma być dostępna, a nie lekarz, od 8.00 do 18.00), to dyskryminowanie małych praktyk – uważa Porozumienie. O ile duże, wieloosobowe przychodnie czy też placówki sieciowe z tym problemem sobie poradzą, to małe, jednoosobowe praktyki nie mają szans. *Lekarza nie można zmusić do pracy 10 godzin dziennie, a zatrudnienie dodatkowego lekarza w POZ jest często nierealne, ze względu na poważne braki kadrowe na rynku pracy. Należy w tym*

miejsu przypomnieć, że Pani Minister w swoich wypowiedziach już wcześniej opowiadała się za likwidacją małych praktyk lekarskich – pisze w swoim apelu Porozumienie Zielonogórskie. Nie mówiąc już o tym, że lekarz powinien mieć czas dla pacjenta, bo od tego zależy jakość porady i bezpieczeństwo chorego. Tymczasem w Polsce na jednego lekarza POZ przypada statystycznie 2,5 tys. zadeklarowanych pacjentów. W innych krajach europejskich ta liczba waha się od 1,5 do 1,8 tys. Jak podaje PZ, lekarz POZ przyjmuje dziennie średnio od 42 do 50 pacjentów, a w okresie zwiększonej zachorowalności na choroby wirusowe – nawet 100 chorych.

Sprawa nie dotyczy jedynie lekarzy, ale również pielęgniarek i położnych pracujących w ramach POZ. – W wielu regionach brakuje położnych, często dzielą czas pomiędzy kilka przychodni. Nie ma tylu położnych, żeby spełnić wymóg rozporządzenia – przypomina Janicka.

Obowiązek szczepień

Kolejny warunek nie do spełnienia – jak uważa Porozumienie Zielonogórskie – to zapisy dotyczące szczepień. Dziś za szczepienie obowiązkowe płaci NFZ w stawce

kapitacyjnej. Szczepionki kupowane są przez Ministerstwo Zdrowia, a lekarz POZ, nieformalnie, otrzymuje je z sanepidu. PZ uważa, że za szczepienie zalecane powinien płacić NFZ i powinien zawrzeć na to oddzielną umowę. Obecnie z powodu braku takich umów za szczepionkę jak i szczepienie płaci pacjent. W rozporządzeniach koszykowych jako gwarantowane zapisano szczepienia ochronne. – Oznacza to, że pacjent będzie mógł wymagać bezpłatnego zaszczepienia, np. przeciwko chorobom tropikalnym – tłumaczy prezes Janicka. Dodaje, że resort zdrowia powinien przy takim zapisie w rozporządzeniu wziąć pod uwagę, że musi zakupić obywatelom wszystkie szczepionki, a nie tylko te obowiązkowe. Nie jest możliwe, żeby koszty ich zakupu zostały przeniesione na podstawową opiekę zdrowotną.

Kłopot z deklaracjami

Na dodatek ostatnio przychodnie mają ogromny problem z weryfikacją deklaracji pacjentów, ponieważ te złożone przed 1994 r. NFZ uważa za nieważne i każe zwracać przychodniom pieniądze za pacjentów, których deklaracje te dotyczą. – Ostatnio na Lubelszczyźnie jedna

z przychodni dostała zawiadomienie, że ma zwrócić 120 tys. zł – mówi Janicka.

Kolejnym problemem są deklaracje dzieci. – Do lekarzy rodzinnych dzieci są zapisywane przez swoich rodziców lub opiekunów prawych. Problem dotyczy sytuacji, gdy dziecko kończy 18 rok życia i uzyskuje pełnoletność. Przez wiele lat z interpretacji Narodowego Funduszu Zdrowia, potwierdzonej w licznych kontrolach, wynikało, że ponowne deklaracje, składane już we własnym imieniu, nie są potrzebne – mówi Grzegorz Czelej, senator. Jednak ostatnio przeprowadzane kontrole zmieniły ten stan rzeczy, w wyniku czego toczy się wiele postępowań, w których NFZ żąda zwrotu pieniędzy pobranych za leczenie tych osób. – Skala problemu jest znaczna. Przez ostatnie 10 lat dotyczył on 5 mln osób, z czego, moim zdaniem, ok. 2-3 mln nie złożyło ponownie deklaracji. Skala roszczeń wobec lekarzy rodzinnych może więc przekroczyć pół miliarda złotych – podkreśla Czelej. Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika jasno, że wszystkie osoby pełnoletnie muszą złożyć deklarację – inaczej za świadczenia im udzielone Fundusz nie będzie zwracać.

Odroczony wyrok

Po groźbach Porozumienia Zielonogórskiego, że z powodu rozporządzeń koszykowych lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie podpiszą kontraktów na wykonywanie świadczeń Ministerstwo Zdrowia postanowiło, że kontraktowanie na rok 2010 odbędzie się na starych zasadach. – Rozporządzenie, które dotyczy 13 rozporządzeń koszykowych, jest w trakcie procedowania, pozwoli ono na

kontraktowanie świadczeń na starych zasadach – uspokaja Piotr Olechno, rzecznik resortu zdrowia.

Warto dodać na koniec, że nie tylko lekarze rodzinni zgłosili swoje zastrzeżenia do „koszykowych” rozporządzeń. Problem mogą mieć np. chorzy na cukrzycę, którzy tracą prawo do KAOS – kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dzięki niej chorzy do diabetologa, okulisty czy kardiologa mogli dostać się od razu. – Nie ma do nich kolejek, bo nie ma limitów przyjęć. Jeśli jakiś pacjent jest wpisany do KAOS z NFZ-u, nie dostajemy pieniędzy za pojedyncze porady, tylko 50 zł miesięcznego ryczałtu na każdego pacjenta – wyjaśnia Andrzej Wittek z poradni w Rudzie Śląskiej. Jednak koszyk to zmienia, bo likwiduje KAOS. NFZ twierdzi, że ta procedura cieszyła się zbyt małym zainteresowaniem wśród lekarzy, dlatego nie ma sensu dalej jej finansować...

Z kolei w szpitalnictwie „koszyk” zakłada, że oddział by mieć kontrakt z Funduszem musi zatrudniać czterech specjalistów. – To może ma sens przy oddziałach 50 i więcej łóżkowych – mówi Krzysztof Tuczański, dyrektor Zamojskiego Szpitala Niepublicznego. – Ale co z oddziałami, które mają ich dziesięć jak u mnie chirurgia dziecięca? Jeśli zatrudnię dodatkowy personel, o ile go w ogóle znajdę, to oddział zacznie przynosić straty – tłumaczy.

Takich przykładów można by przytoczyć o wiele więcej. Na razie wszyscy odetchnęli z ulgą, bo – jak się rzekło – w 2010 r. nic się nie zmieni. Ale jak będzie w przyszłym, 2011 r.? Dziś nikt nie zna odpowiedzi na to pytanie.

Śladem naszych publikacji

Zastąpią SOR-y?

W „Gazecie Lekarskiej” nr 11 z 2009 ukazał się artykuł (Agnieszka Katrynicz „Centra urazowe zastąpią SOR-y?”, „GL” nr 11/2009) na temat centrów urazowych (...)

Zawarte w nim treści świadczą o całkowitym niezrozumieniu i koncepcji powołania w Polsce ośrodków – centrów urazowych, i zadań, które mają spełnić, i wreszcie ich usytuowania w systemie ochrony zdrowia (bo nie ratownictwa medycznego).

Po pierwsze, otóż nie mają one zastąpić szpitalnych oddziałów ratunkowych. Nie można ich niczym zastąpić, bo są jedynym miejscem, gdzie każdy pacjent w stanie

zagrożenia życia i zdrowia może otrzymać pomoc – wstępną bądź definitywną. Mają one natomiast, jako zadanie, a nie jako nowe jednostki, zapewnić ludziom najczęściej poszkodowanym wskutek urazów najwyższy dostępny poziom i zakres leczenia, osiągalny jedynie w dużych, wieloprofilowych, wielospecjalistycznych szpitalach, gdzie wszyscy niezbędni specjaliści znajdują się przy chorych we właściwym czasie, nie zaś, jak obecnie, to chory przewożony ze szpitala do szpitala wędruje za właściwym specjalistą. SOR jest miejscem, w którym na chwilę trzeba zatrzymać śmierć. W SOR ma być przeprowadzone wstępne postępowanie doraźnie ratujące życie oraz, o ile to możliwe, niezbędne postępowanie diagnostyczne, leczy natomiast szpital.

W przypadkach, o których mowa, musi to być szpital najlepszy z najlepszych, tylko taki bowiem może temu zadaniu podołać. Opracowano więc standardy, które musi spełnić szpital, by móc pełnić rolę centrum

urazowego, opracowano zasady kwalifikacji chorych do przewozów do centrum, przygotowano wykaz procedur i algorytmy ich zastosowania w odniesieniu do pacjentów z najcięższymi, izolowanymi, mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała.

O skuteczności działań podejmowanych w takim centrum decyduje nie tylko pieniądze, ale i kwalifikacje kadry medycznej tam zatrudnionej. Te zaś wzrastają wraz z liczbą leczonych chorych. To dlatego, a nie tylko ze względu na koszty, centrów o najwyższym stopniu referencyjności, w takim kraju jak Polska, nie może być więcej i dlatego ani granice administracyjne (np. wojewódzkie czy powiatowe), ani dostępność do centrum w zasięgu tzw. złotej godziny, choć ważna, nie są tu decydującym argumentem. W tym aspekcie opinie „posłów opozycji” (...), a także p. Sośnierza (który jako były dyrektor kasy chorych nie może tu być autorytetem), są po prostu chybione. Nie chodzi bowiem o sposób na wydanie milionów, ale

o uratowanie jakiejś części ofiar wypadków od śmierci, a jakiejś części od kalectwa pourazowego. Ma to więc być także sposób na zaoszczędzenie pieniędzy.

Koszty leczenia skutków wypadków w szpitalu stanowią w najlepszym razie tylko 10% kosztów urazów w ogóle. Reszta (90%) to zasiłki chorobowe, renty, odszkodowania z tytułu uszczerbku na zdrowiu, (...).

Nie można też pominąć (...) stwierdzenia autorki, że szpitalne oddziały ratunkowe nie sprawdziły się, bowiem pełnią rolę nocnej przychodni. Rzeczywiście tak jest – pełnią one rolę nocnej, ale też popołudniowej i świątecznej przychodni, a także takiej przychodni, w której niezbędne badania diagnostyczne i pomoc specjalistyczną otrzymuje się od ręki. Generują tym sposobem koszty swoim szpitalom, stając się głównym, i nierzadko, coraz częściej, podmiotem krytycznej troski dyrekcji szpitali, w których działają. Czy jednak jest to wina SOR-u, które wszak nie mogą odesłać pacjenta, bo

czuje się on zagrożony, czy też niewydolności podstawowej opieki zdrowotnej (...).

Posiadamy rekord świata pod względem liczby ambulansów ratownictwa medycznego (a być może i SOR-ów) na liczbę ludności. W Unii Europejskiej karettek jest cztery razy mniej. To pogotowie jednak zbiera u nas główne cięgi za zbyt późne przybycie, a wynika to z utrwalonego od kilkudziesięciu lat w społeczeństwie wzorca.

Jak długo to lekarz rodzinny i system opieki całodobowej nie przejmie na co dzień, a nie tylko na piśmie i na kontach bankowych, odpowiedzialności za zwykle zachorowania, także poza „godzinami pracy”, tak długo, pod tym także względem, pozostaniemy „chorym człowiekiem Europy”.

Leszek Brongel
prezes Sekcji Urazowej TChP,
Klinika Medycyny Ratunkowej
Obrażeń Wielonarządowych CMUJ

Kraków, 6.12.2009

Centralna Ewidencja Punktów Edukacyjnych



Romuald Krajewski

Na ogół jakiegokolwiek ewidencje, zwłaszcza centralne, kojarzą się z nowymi obowiązkami i jeszcze większą biurokracją, trudno zaś jest ocenić, na czym miałyby polegać korzyści dla podlegających ewidencjonowaniu.

Wprowadzając Centralną Ewidencję Punktów Edukacyjnych (CEPE) mamy nadzieję, że korzyści i ułatwienia dla lekarzy uczestniczących w doskonaleniu zawodowym będą bardzo wyraźne. Doświadczenia z zakończenia pierwszego okresu rozliczeniowego punktów edukacyjnych wskazują, że dokumentowanie uzyskiwanych punktów i otrzymanie potwierdzenia dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego nierzadko są dość skomplikowane i uciążliwe. Tymczasem tę część procesu doskonalenia zawodowego lekarzy można by znacznie uprościć.

Funkcjonowanie elektronicznej central-

nej ewidencji w wielu sytuacjach ułatwia życie. Na przykład Centralny Rejestr Lekarzy umożliwia, między innymi, szybkie sprawdzenie, czy osoba podająca niektóre podstawowe dane jest lekarzem i nie musimy dostarczać zaświadczeń zapisując się do społecznościowych grup dyskusyjnych czy uzyskując dostęp do stron przeznaczonych dla lekarzy. Nowoczesne rejestry umożliwiają też wprowadzanie informacji oraz korzystanie z nich niezależnie od miejsca, co znacznie ogranicza konieczność podróżowania oraz przesyłania dokumentów. Łatwo uzyskujemy dokładne dane statystyczne dotyczące rejestrowanych osób lub zdarzeń.

Jednym kliknięciem

Doskonalenie zawodowe jest od zawsze stałym elementem wykonywania naszego zawodu. Nowością jest natomiast potrzeba dokumentowania dopełnienia tego obowiązku przy pomocy uzyskiwanych punktów edukacyjnych. W dużej grupie zawodowej zawsze jakaś jej część, z różnych powodów, jakiegoś z licznych obowiązków nie wykonuje i dlatego obowiązek doskonalenia zawodowego jest już powszechny na całym świecie. W Polsce jest on określony prawem. Obserwując tendencje w krajach UE należy spodziewać się, że stopniowo będzie on ściśle egzekwowany jako warunek kontynuacji wykonywania zawodu.

Obecnie lekarze na koniec okresu rozliczeniowego trwającego 4 lata są zobowiązani dostarczyć do swojej okręgowej izby lekarskiej zaświadczenia o uczestnictwie w różnych formach kształcenia. Izba weryfikuje te zaświadczenia i potwierdza dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego. Nie raz okazuje się, że niektóre zaświadczenia budzą wątpliwości, niektóre wydarzenia nie były akredytowane, konieczne są dodatkowe papiery i dodatkowe wizyty w izbie.

Celem CEPE jest uproszczenie tego procesu w ten sposób, że organizator kształcenia będzie mógł wprowadzić do ewidencji listę uczestników i uzyskanych przez nich punktów edukacyjnych. Informacja ta trafi do okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest uczestnik szkolenia. W ten sposób informacja o uzyskaniu punktów znajdzie się od razu w izbie i nie będzie konieczne dostarczanie certyfikatów uczestnictwa. Ewidencja w systemie informatycznym umożliwi też każdemu lekarzowi w każdej chwili sprawdzenie, ile i z jakich zdarzeń edukacyjnych uzyskał już punktów oraz zamówienie jednym kliknięciem zaświadczenia o liczbie uzyskanych punktów.

Podstawą i niezbędnym warunkiem umieszczenia w CEPE listy uczestników będzie zarejestrowanie organizatora kształcenia i zdarzenia w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Kształcenie, które następuje po uzyskaniu akredytacji. Eliminuje to potrzebę sprawdzania, czy wymienione w certyfikacie wydarzenie rzeczywiście odbyło się, czy spełniało wymogi określone prawem i czy można uznać uzyskane punkty. Ewidencja umożliwia również „systemowe” wykrywanie nieprawidłowości i w efekcie nie tylko pod względem wygody, ale również i wiarygodności, CEPE powinna być lepsza od systemu opartego na zaświadczeniach na papierze.

Dla zainteresowanych organizatorów kształcenia

Rozwijając system dalej, można będzie wprowadzić akredytację podmiotów i zdarzeń *on-line*, co powinno usprawnić również tę część postępowania i zmniejszyć ilość gromadzonych w ośrodkach kształcenia papierów. Jeżeli w przyszłości dojdzie do tego powszechny system elektronicznej identyfikacji lekarzy, na przykład rodzaj elektronicznego prawa wykonywania zawodu, umożliwiający rejestrowanie się *on-line* i potwierdzanie odbycia kształcenia, będziemy mieli całkowicie informatyczny system, który zdejmie z lekarzy sporo uciążliwych obowiązków.

CEPE rozpoczęła funkcjonowanie jako oferta dla zainteresowanych organizatorów kształcenia. Uproszczenie i usprawnienie procedury ewidencjonowania punktów edukacyjnych będzie jednym z elementów zachęcających do wybierania tych zdarzeń edukacyjnych, które korzystają z CEPE. Ponieważ ewidencja będzie funkcjonować poprzez portal NIL, organizatorzy będą mogli bezpłatnie korzystać z niej w całej Polsce, a dane każdego uczestnika trafią do jego izby bez konieczności przesyłania papierów.

Kiedy używanie CEPE stanie się powszechne na pewno warto będzie zasta-

nowić się nad zobowiązaniem wszystkich podmiotów do używania jej.

Możliwe będzie również wykorzystanie CEPE do akredytacji europejskiej przez Europejską Unię Lekarzy Specjalistów – Komisję Akredytacji Kształcenia Ustawicznego (UEMS-EACCME). Jednak niektórych form doskonalenia zawodowego (np. prenumerata, publikacje) nie da się łatwo uwzględnić w systemie elektronicznym i zapewne jeszcze przez dłuższy czas z papierów całkiem zrezygnować się nie da.

Nowa ustawa o izbach lekarskich wprowadzi wśród danych gromadzonych w rejestrach lekarzy również informację o liczbie uzyskanych punktów edukacyjnych. CEPE będzie mogła być źródłem tej informacji, przekazywanej automatycznie do rejestru w określonych terminach.

Izby lekarskie i inni zainteresowani organizatorzy kształcenia już sprawdzają działanie pierwszej, na pewno jeszcze niedoskonałej, wersji CEPE. Będzie ona na bieżąco dostosowywana do potrzeb użytkowników i mamy nadzieję, że równolegle z bezpłatnym dla lekarzy kształceniem organizowanym przez izby będzie dla nas istotnym ułatwieniem. Jeżeli mają Państwo uwagi i propozycje dotyczące organizacji tego procesu, prosimy o nadsyłanie ich na edu-nil@hipokrates.org.

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów

na szkolenia

w siedzibie

Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie,
ul. Jana Sobieskiego 110

Warsztaty: **Wystąpienia publiczne**

– część I: 12 III, 23 IV; część II: 19 III, 30 IV 2010

Warsztaty: **Techniki negocjacji**

– 29 I, 19 II, 25 III, 6 V, 11 V, 10 VI 2010

Jak pracować z trudnym pacjentem. Wstęp do umiejętności komunikacyjnych

– terminy wkrótce

- Doborowa kadra wykładowców

- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne

- Szkolenie bezpłatne dla członków izb lekarskich

Informacje i zgłoszenia:

ODZ NIL 00-775 Warszawa, ul. Konduktorska 4

tel. 022-559-02-69, 022-559-02-86, faks 022-559-02-70

e-mail: odz@hipokrates.org, www.odz.nil.org.pl

ZUS ZADBA O TWÓJ GŁOS

Praca w radiu, telewizji czy szkole nierozzerwalnie wiąże się z częstymi chorobami narządu głosu. ZUS podjął działania chroniące wszystkie grupy zawodowe posługujące się na co dzień swoim głosem.

Choroby narządu głosu to dziś jedne z częściej występujących chorób zawodowych. W głównej mierze dotyczą nauczycieli. Jednak wolni od niej nie są aktorzy i dziennikarze. Rosnąca skala tej grupy chorób zawodowych była dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych asumptem do uruchomienia programu profilaktyki i rehabilitacji zaburzeń głosu o podłożu zawodowym. Działania te w ramach prewencji wypadkowej Zakład podjął wspólnie z Instytutem Medycyny Pracy im. prof. Nofera w Łodzi.

Każdy, kto poprzez wykonywanie swojego zawodu zagrożony jest chorobą narządu głosu, może już dziś skorzystać z nieodpłatnych oferowanych przez ZUS i IMP z Łodzi badań profilaktycznych. W ich szerokiej ofercie znajdują się m.in. badania foniatryczne, w tym otolaryngologiczne i badania foniatryczne z wykonaniem wideolaryngologii lub stroboskopii, konsultacje logopedyczne i psychologiczne, a także instruktaż właściwej emisji głosu. W oparciu o badania profilaktyczne lekarze określą zasady dalszego postępowania w walce z chorobami narządu głosu.

Badania w ramach programu profilaktyki i rehabilitacji zaburzeń głosu będą wykonywane głównie przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, m.in. w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Gdańsku, Białymstoku i Bydgoszczy. Pełna lista ośrodków znajduje się na internetowej stronie Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Nofera: www.imp.lodz.pl. Badania są prowadzone w oparciu o kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia przyjmowane są telefonicznie (bezpośrednio w ośrodku) lub przez stronę internetową IMP w Łodzi. (www.zus.pl)

Królowa jest ciężko chora



foto: Marek Stankiewicz

Bycie internistą w naszym kraju wymaga wielu cnót charakteru i umysłu, które można obrazowo opisać jako kombinację kondycji psychicznej maratończyka z umysłowością gracza teleturnieju „Milion w rozumie”.

Krystyna Knypl

Jesień jest porą roku wyjątkowo nieprzychylną dla internistów. Po raz kolejny wyniki sesji egzaminu specjalizacyjnego z interny są bardzo złe – w 2009 r. testu nie zaliczyło prawie 28% zdających. Po ubiegłorocznej dość dobrej sesji wiosennej, odbytej pod rządami nowego konsultanta krajowego ds. chorób wewnętrznych profesora Jacka Imieli, zdawało się, że problem został rozwiązany. Tymczasem dobry wynik na wiosnę okazał się stanem przejściowym i wszystko wskazuje na to, że trwała zmiana w systemie egzaminowania przyszłych internistów jeszcze nie nastąpiła. Z 630 zdających lekarzy aż 173 kolegom nie powiodło się. Duch absurdałnych pytań powrócił, a jak to skomentował jeden z uczestników internetowej dyskusji *wśród zdających egzamin testowy zyskał nazwę szczeklikologii, w sposób zresztą znakomity oddającą absurdalność i oderwanie od rzeczywistości obecnych*

form przeprowadzenia egzaminu specjalizacyjnego.

Na stronach www.mp.pl podano, że najlepszy wynik w tej sesji to 112 punktów, najgorszy – 34. Ocenę bardzo dobre uzyskało jedynie 12 osób. Egzaminu z EKG nie zaliczyło 39 z 630 medyków, ocenę bardzo dobrą otrzymało 269 osób.

Zastanawia rozbieżność między wynikami testu a wynikami znajomości EKG. Czyżby bardzo dobra interpretacja EKG była łatwizną dla większości kandydatów, a zrozumienie sensu pytania to tor z przeszkodami, które rzadko który kandydat potrafi pokonać bez wpadki?

Co może jeden człowiek?

Z powołaniem nowego konsultanta krajowego kandydaci na internistów wiązali wiele nadziei, tym bardziej że profesor Imielni w wielu wypowiedziach prasowych deklarował wprowadzenie gruntownych zmian. Dwa dni po ogłoszeniu wyników ubiegłorocznego egzaminu, podczas rozmowy telefonicznej na pytanie, dlaczego tak wielu osobom znowu się nie powiodło, odpowiada: „Sądzę, że pytania były na tym samym poziomie trudności. Poświęciłem bardzo dużo czasu na ich przygotowanie. Na gorąco trudno jednoznacznie ustalić przyczynę”.

Konsultant krajowy to pierwszy specjalista w kraju, ale będąc nawet najznakomitszym specjalistą nie pracuje w pojedynkę. Wspierają go odpowiednie struktury Ministerstwa Zdrowia oraz Towarzystwo Internistów Polskich, statutowo zobowiązane do dbania o poziom szkolenia podyplomowego. Nie znajdując żadnych informacji na stronach internetowych TIP na temat egzaminu, skierowałam do Zarządu

Głównego Towarzystwa Internistów Polskich prośbę o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak ZG TIP ocenia wyniki PES interny z jesieni 2009?
2. Jakie są przyczyny pogorszenia wyników?
3. Jakie starania czyni ZG TIP na rzecz poprawy zdawalności PES interny oraz ewentualnej reformy egzaminu?
4. Czy uzasadnione jest oraz możliwe zabieganie o wprowadzenie europejskiego egzaminu z interny (obecnie zawieszonego, ale jak wynika z informacji na stronach internetowych organizatora tego egzaminu możliwy jest powrót do zdawania w razie pojawienia się odpowiedniej liczby chętnych).

Otrzymane pismo ZG TIP zamieszczam w całości, ze względu na to, iż nie ma ono charakteru odpowiedzi na zadane pytania, lecz jest zbiorem refleksji o egzaminie oraz kondycji interny w Polsce. Niestety zabrakło w nim ustosunkowania się do perspektywy wprowadzenia egzaminu europejskiego z interny.

Lektura stron internetowych Ministerstwa Zdrowia nie wskazuje, aby wyniki egzaminu, w którym po raz kolejny nie zdało tak wielu kandydatów, stanowiły jakiegokolwiek problem dla organu nadzorującego szkolenie podyplomowe. Centrum Egzaminów Medycznych poza podaniem wyników testu (www.cem.edu.pl) również nie robiło wrażenia szczególnie przejętego wynikami sesji jesiennej. Izby lekarskie też nie wyglądały na zatroskane. Jedynym miejscem, gdzie toczyła się dyskusja nie tylko o egzaminie, ale i o kondycji oraz przyszłości interny w Polsce były fora internetowe. Przygotowujący się do egzaminu brali urlopy, wyprowadzali się z domów, jednak – jak zauważa jedna z przygotowujących się – generalnie jest ciężko w tym okresie, ale nie wszyscy mogą sobie pozwolić na odcięcie się od rodziny czy od pracy zarobkowej.

Przygotowanie się do PES interny to wielomiesięczne trzęsienie ziemi w życiu kandydata na specjalistę, jego

rodziny oraz jego pracodawcy. Dlaczego mimo tego na szczęście przemijającego stanu ciągle tak wiele osób decyduje się na internę? Powód pierwszy i chyba najważniejszy jest taki, że zdanie interny otwiera drogę do wielu specjalizacji szczegółowych z niej się wywodzących, bez których trudno funkcjonować na dzisiejszym rynku pracy.

Postępujący rozpad

Wszyscy mają świadomość, że interna od kilku dziesięcioleci rozpada się na coraz drobniejsze specjalności szczegółowe. Dr Paweł Basiukiewicz ze Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim mówi: „Jestem dumny z tego, że jestem internistą... i co dalej? Co to za specjalista ten internista? Gdzie fundusz zdrowia widzi miejsce internisty w opiece medycznej w polskich warunkach? Czym się różni internista od lekarza rodzinnego i dlaczego po internie przez lata trzeba się „doszkalać”, aby zostać rodzinnym. Co „specjalistycznego” poza zasobem wiedzy ma w sobie internista, co czyni nas wyjątkowymi na rynku? Osobiście mam wrażenie, że internista to taki lekarz, który nic formalnie nie może”.

Bardzo podobne zdanie ma uczestnik forum www.konsylium24.pl o nicku @jarge, internista oraz specjalista medycyny rodzinnej, który tak komentuje kondycję współczesnej interny: *Dziedzina medyczna zwana interną czy chorobami wewnętrznymi ma dziś ograniczone prawo bytu. Wynika to z wielu przesłanek, a przede wszystkim ze znacznego rozwoju medycyny. Przyczynili się do tego sami interniści, oddając na przekroju ostatnich dziesięcioleci pola nadspecjalizacjom, których obecnie łatwo zliczyć kilkanaście. Początkowo proces ten postępował przez zwykły, powolny i łatwy do zaakceptowania podział. Następnie przybrał wręcz postać drożdżopodobnego pęczkowania, doprowadzając obecnie do sytuacji, że nadciśnienia tętniczego nie może leczyć internista, nie może kardiolog, lecz musi hipertensjolog. Na tym przykładzie widać zresztą pewne zagrożenia superspecjalizacji, gdyż kardiolog wyspecjalizowany w chorobach serca i układu krążenia nie jest już kompetentny w przypadku nadciśnienia nerkopochodnego.*

Doktor @jarge dodaje, że szczególnie bolesne dla interny było więc wprowadzenie systemu opartego na medycynie rodzinnej. Początkowo jednak ta sytuacja nie okazała się tak bolesna dla interny jako nauki, jak dla szeregowych internistów, zatrudnionych w przychodniach. To oni pierwsi w kraju powiedzieli się, że już nie są godni leczyć pacjentów, bo są tylko internistami, a nie lekarzami

rodzinnymi. Dodajmy, że szeregowi lekarze dowiedzieli się o tym przy zupełnie biernej postawie oficjalnych towarzystw internistycznych.

Podobnie sprawę ocenia dr Małgorzata Zarachowicz, szefowa jednego z SP ZOZ w Warszawie, która uważa, że „interniści, którzy pracowali w szpitalu, sprawdzają się w pracy w przychodni, wymagają jedynie przeszkolenia w zakresie prowadzenia dokumentacji obowiązującej w przychodni i wsparcia na początku od starszych przychodniarzem stażem kolegów, bo konieczność podjęcia decyzji «na już» nie jest łatwa”. Sprawę zaś ograniczenia uprawnień internistów w praktyce ambulatoryjnej komentuje tak: „Nie rozumiem zapisu ustawowego, że lekarz, który nie posiada specjalizacji z medycyny ogólnej, albo z medycyny rodzinnej (może być w trakcie), albo nie ma 10(!) lat pracy w POZ nie może tworzyć listy pacjentów w POZ. Czy ustawodawca uważa, że internista szpitalny nie poradzi sobie z diagnostyką i leczeniem w przychodni?! Ustawodawca widzi tu wyłącznie interes lobby lekarzy rodzinnych. Nie widzę jednak żadnego powodu, dla którego pacjent internistyczny nie mógłby być leczony przez tego samego internistę w szpitalu i w poradni”. Nie da się ukryć, że nie tylko w sprawach szans na europejskie standardy egzaminu specjalizacyjnego, ale i perspektywy pracy po nim interniści stoją na przegranej pozycji.

Diagnoza końcowa

Wyniki jesiennej sesji 2009 z interny w pełni upoważniają do postawienia diagnozy: polska interna, królowa nauk medycznych, jest ciężko chora. Ponieważ to kolejna epidemia niezdanych testów, przypuszczam, że jest to choroba nieuleczalna i czarno widzę przyszłość egzaminów specjalizacyjnych z interny, jeżeli będą one nadal przeprowadzane według dotychczasowych wzorców sprawdzania wiedzy.

Poziom testów z interny jest konsekwencją złej tradycji, braku autentycznych ambicji dydaktycznych kolegów zajmujących się szkoleniem podyplomowym, kierowaniem specjalizacjami, układaniem programów, pisanie tzw. referencyjnych podręczników, w których każde słowo urasta do rangi decydującego o wyniku egzaminu, rozczłonkowanym nadzorem oraz nihilizmem sfer decydenckich.

Jeżeli egzamin z interny nie dostosuje się poziomem merytorycznym do przyzwoitych standardów międzynarodowych, to będzie on niekończącym się festiwalem niekompetencji osób i urzędów powołanych do jego organizowania.



UBEZPIECZENIE

HIV Protect

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- pokrycie kosztów przeprowadzenia kuracji antyretrowirusowej w przypadku zaistnienia zdarzenia (wypadku – podejrzenie zakażenia wirusem HIV) w trakcie wykonywania obowiązków wynikających z zakresu wykonywanej pracy lub nauki oraz czynności niesienia doraźnej pomocy medycznej związanej z koniecznością ratowania życia. Suma ubezpieczenia: **3.200,00 zł brutto**
- jednorazowe odszkodowanie w przypadku zakażenia wirusem HIV, pomimo przejścia kuracji antyretrowirusowej. Suma ubezpieczenia: **100.000,00 zł**

Wyjątkowy program przygotowany przez:

MEDBROKER

Ubezpieczyciel: Lloyd's of London

LLOYD'S

Składka za 12 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej już od 75 zł od osoby*

Szczegóły programu i zasady przystąpienia:
Medbroker Sp. z o.o.
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa
tel. (22) 740 94 80, 824 29 43
www.medbroker.pl

* dotyczy ubezpieczenia grupowego

Egzamin – jaki jest i jaki powinien być?

W tegorocznej jesiennej sesji egzaminacyjnej egzamin testowy z chorób wewnętrznych zdało 73% lekarzy, którzy do tego egzaminu przystąpili. Jak powinniśmy ten fakt zinterpretować?

W pierwszej kolejności należałoby odpowiedzieć na pojawiające się w związku z tym pytania i wątpliwości, a następnie określić, jaki powinien być egzamin potwierdzający kompetencje internisty.

Tak więc: czy egzamin został prawidłowo przygotowany i czy rzeczywiście był zbyt trudny? W przeciwieństwie do niektórych wcześniejszych egzaminów nie słychać merytorycznych zarzutów podważających prawidłowość konstrukcji pytań lub odpowiedzi. O ile nam wiadomo:

- 1) odpowiedzi na wszystkie pytania można znaleźć w jednym referencyjnym podręczniku lub jego skrótovej wersji – kieszonkowym kompendium chorób wewnętrznych;
- 2) pytania dotyczyły wyłącznie zagadnień istotnych z punktu widzenia praktyki klinicznej. Wyraźnie tu widać intencję konsultanta krajowego, prof. Jacka Imieli, zgodną ze stanowiskiem Towarzystwa Internistów Polskich (TIP), by sprawdzać wiedzę mającą znaczenie dla pacjentów, a nie tylko dla układających pytania.

O trudności egzaminu decyduje nie tylko stopień trudności pytań, ale także poziom przygotowania zdających. Aby móc stwierdzić, że egzamin był zbyt trudny, trzeba mieć miarodajny punkt odniesienia. Czy może nim być wynik egzaminu w poprzedniej sesji bądź w sesjach wcześniejszych? Raczej nie. Po pierwsze: nie wiemy, czy poziom przygotowania zdających w tej i poprzedniej sesji był taki sam, chociaż oczywiście nie można z góry założyć, że zdający w tej sesji byli gorzej przygotowani, gdyż taki sąd byłby dla nich krzywdzący. Na to potrzebne są twarde dowody, a takich mieć nie będziemy. Po drugie: test w poprzedniej sesji był przygotowywany w innych okolicznościach. Dzisiaj możemy mówić o staraniach konsultanta krajowego, by egzamin specjalizacyjny z interny był przygotowany jak najlepiej.

To było jego drugie podejście – oba należy ogólnie ocenić pozytywnie i podziękować za ogromny wkład pracy i zaangażowanie. Nie znaczy to, że nie ma czego poprawiać. Co należy więc zrobić, aby w przyszłości po każdej sesji egzaminacyjnej nie pojawiały się wątpliwości: czy test był zbyt łatwy albo zbyt trudny. Mamy aktualizowany na bieżąco i ciągle udoskonalany referencyjny podręcznik, więc wiadomo z czego się uczyć. Jest to jednak podręcznik bardzo obszerny i nie wszystkie informacje są potrzebne do egzaminu. Należy zatem doprecyzować wymagania, i w tym kierunku zmierzają wspólne działania TIP i konsultanta krajowego. Ktoś może zarzucić TIP, że do tej pory niewiele w tym zakresie zrobiło. Byłby to zarzut słuszny, gdybyśmy wiedzieli, w jakim kierunku pójdą ostatecznie zmiany w systemie specjalizacji planowane przez Ministerstwo Zdrowia i kiedy wejdą one w życie. Czy kształcenie specjalizacyjne będzie miało charakter modułowy, czy też podobny do obecnego? Dopiero mając tę wiedzę, można przystąpić do prac nad nowym programem specjalizacji i nowym egzaminem końcowym. Od kilku lat przedkładamy konkretne propozycje i cierpliwie czekamy na formalne decyzje. Te informacje jednak nie wystarczą. Niezbędne jest też – a raczej przede wszystkim – określenie, jaką rolę ma spełniać internista w systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju, bo od tego będzie zależeć, jaką wiedzę i umiejętności powinien posiadać. Czy „ściśnięty” między lekarzem rodzinnym i specjalistami w wąskich dziedzinach będzie miał od czasu do czasu okazję przepisać tylko tabletkę aspiryny? Wówczas egzamin specjalizacyjny mógłby być niewiele trudniejszy od LEP-u, a może nawet byłby całkowicie zbędny. Niektórzy chcieliby widzieć internistę właśnie w takiej „nieokreślonej” roli, by za chwilę orzec, że internisci w ogóle nie są potrzebni. Już teraz słyszymy głosy,

że internista umie zbyt mało, by kompetentnie leczyć nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, choroby reumatyczne itd. Jednak w setkach oddziałów internistycznych w całej Polsce ten sam internista leczy z powodzeniem większość chorych z trudnymi, z reguły złożonymi problemami zdrowotnymi. Nie ma natomiast już miejsca dla internistów w poradniach kardiologicznych i wielu innych, chociaż pozwolono nam jeszcze) pracować w poradni chorób metabolicznych, poradni diabetologicznej i poradni nefrologicznej (pod warunkiem stażu pracy na oddziale specjalistycznym). Także do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej podobno się nie nadajemy, ponieważ nie mamy dostatecznej wiedzy i umiejętności, a żeby je osiąść, potrzebujemy jeszcze kilku dodatkowych lat nauki. I praktycznie nie ma już poradni internistycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w których internisci mogliby pomagać chorym z różnymi, często współistniejącymi chorobami, do czego są najlepiej przygotowani. W tym miejscu warto przypomnieć, że takich chorych jest bardzo wielu i będzie ich coraz więcej, w miarę starzenia się populacji.

TIP od kilku lat próbuje zmienić opisaną powyżej w skrócie sytuację, podkreślając, że **internista jest specjalistą kompetentnym w szerokim zakresie chorób narządów wewnętrznych** (a nie tylko chorób jednego układu czy narządu), dobrze przygotowanym do kompleksowej opieki na dorosłymi pacjentami. Z tego tytułu powinno być dla internisty miejsce zarówno w podstawowej, jak i specjalistycznej opiece zdrowotnej, tak szpitalnej, jak i ambulatoryjnej. Choroby wewnętrzne to trudna specjalizacja zakończona niełatwym egzaminem, który powinien potwierdzać nabycie szerokich kompetencji. Jeśli dotrzemy z tym faktem do świadomości decydentów, będziemy mogli skutecznie walczyć o należną pozycję internistów w systemie opieki zdrowotnej, w tym także o należyte wynagrodzenie za pracę. Wówczas koleżanki i koledzy wybierający internę jako kierunek specjalizacji i będą mieli poczucie, że zdany egzamin – choć trudny – otwiera przed nimi szerokie perspektywy praktykowania medycyny oraz daje wysoką pozycję w środowisku lekarskim i w opinii społecznej.

prof. dr hab. Jacek Musiał
prezes Zarządu Głównego TIP

Kraków, 5 listopada 2009 r.

Przemyślenia świeżo upieczonego specjalisty chorób wewnętrznych

Poproszono mnie o napisanie komentarza o PES z interny. Bez chwili namysłu zdecydowałem się napisać kilka zdań, ale nieco szerzej, o całym postępowaniu egzaminacyjnym.

To, że PES ma ogromne znaczenie, wiedzą niemal wszyscy lekarze, i ci zdający, uczący się, ale także ich opiekunowie, którym pośrednio wystawiamy laurkę, współpracownicy oraz najbliższa rodzina. Niestety, bardzo często zapominają, czym jest PES egzaminatorzy. Proces przygotowania do egzaminu i sam egzamin to ogromny balast emocji zarówno dla zdających, jak i osób z nimi związanych. Wielokrotnie słyszałem i czytałem o problemach rodzinnych związanych z egzaminem, wiszących na włosku rozwodach, wyprowadzaniu się małżonków, oddawaniu dzieci „w adopcję” dziadkom, urazie dzieci do widoku rodzica z książką. O tym, jakie ogromne obciążenie psychiczne niesie PES, może świadczyć wydarzenie z ostatniego egzaminu testowego z interny, kiedy to jeden ze zdających kolegów doznał napadu padaczkowego.

Nie będę tu pisał jak długo się uczyłem, bo każdy indywidualnie musi ocenić, w jakim czasie jest w stanie ogarnąć ten ogrom wiedzy. Skomentuję ważniejsze sprawy. Napiszę, że postępowanie egzaminacyjne jest złe i wyjaśnię dlaczego.

Konieczność odbycia 3-tygodniowego kursu atestacyjnego w Warszawie niesie za sobą, dla wielu, niemałe obciążenia finansowe, wszak trzeba sobie zapewnić wikt i opierunek. Ale o tym nie pamięta CMKP ani konsultant, bo to nie oni ponoszą te koszty. Do niedawna perspektywa uzyskania specjalizacji i znacznego wzrostu wynagrodzenia odsuwała pytanie o celowość organizowania kursu atestacyjnego wyłącznie w Warszawie. Ale teraz, gdy różnice zarobkowe istotnie zmalały, sens tego pytania nasuwa się sam. Czy ośrodki akademickie będące „w terenie” nie mogą organizować

kursu o zunifikowanym programie? Czy uczelnie medyczne szkolące studentów i doktorantów nie mogą przeprowadzić dwu- lub trzytygodniowego kursu według programu opracowanego przez konsultanta krajowego? Z jakiego powodu CMKP ma monopol i na co? Nie jest tajemnicą, że kursy atestacyjne z interny organizowane w dwóch warszawskich ośrodkach różnią się programem. Ba, spora część wykładów nawet nie koresponduje treścią z „Interną” Szczeklika (podręcznik zalecany, w oparciu o który układane są testy), a na własnych przemyśleniach i doświadczeniach klinik lub autorów. Kolejne pytanie: Dlaczego egzaminy testowe z interny są organizowane tylko w Warszawie? Czy sale na ul. Bobrowieckiej są pod jakimś względem wyjątkowe? Dlaczego można pisać LEP w kilku miastach? Wstawanie bladym świtem, często wielogodzinne podróże do stolicy, nerwowa noc w hotelowym pokoju to kolejny element przyjemności egzaminacyjnej, o której ani konsultant, ani minister nie pamięta. Dlatego z ulgą przeczytałem w „Pulsie Medycyny”, że konsultant krajowy odpowiedzialny za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania egzaminacyjnego zmartwił się wynikiem testu i będzie się zastanawiał, dlaczego tak się stało, co zmienić. Może zapowiadane zmiany dotyczyć będą nie tylko samego testu, ale także całej egzaminacyjnej otoczki.

My, lekarze zdający, bez wahania możemy wymienić, co należałoby zmienić. Po pierwsze, konieczny jest rzetelny zakres materiału, konkretny i szczegółowy, a nie taki polski spis treści kilku książek. Po drugie, należałoby stworzyć w końcu bank pytań z odpowiedziami, o czym od dawna się mówi, ale jak dotychczas efektów nie widać. Niech będzie tych pytań nawet kilka setek, czy półtora tysiąca, ale jednoznacznie ułożonych i opracowanych, obejmujących cały zakres materiału. I to nie tylko na egzamin pisemny, ale i na ustny. Obecnie krążą w Internecie jakieś listy pytań, ale do końca nikt nie wie czy prawidłowe, aktualne, kto jest ich autorem.

Kolejna sprawa to sposób formułowania pytań testowych. Wbrew wcześniejszym zapowiedziom część pytań była niejednoznaczna, podchwytliwa, z tzw. drugim dnem. Pikanterii sprawie dodaje także sposób, a właściwie jego brak, składania zastrzeżeń przez zdających do pytań testowych, co przypomina znane wszystkim hasło „Reklamacji po odejściu od kasy nie uwzględnia się”. Zastrzeżenia do pytań należy na specjalnym formularzu (obejmującym takie dane jak: egzamin w dniu..., w dziedzinie..., w sesji..., nr kwestionowanego pytania, wersję testu, nr zdającego, treść zastrzeżenia i w końcu

cu uzasadnienie) złożyć albo w trakcie trwania egzaminu (niestety tracąc cenne minuty na rozwiązanie testu), albo podczas krótkiej, zaledwie trzydziestominutowej przerwy dzielącej test od egzaminu z EKG. A wątpliwości zwykle rodzą się po czasie. Odpowiedź konsultanta na wszystkie zakwestionowane pytania brzmiała: „Prawidłowa odpowiedź zgodnie ze wskazaniem autorów”, bez żadnego merytorycznego uzasadnienia. Po prostu nie bo nie albo jak kto woli tak jest i już.

Kolejna bzdura, to utajnienie pytań i możliwość obejrzenia wyłącznie swojej karty odpowiedzi. Co komu po tym, skoro nie pamięta się, co było w pytaniu nr 88 i czy w związku z tym udzielona odpowiedź jest poprawna czy nie.

Wreszcie sprawa ostatnia: trzeba się zdecydować na jakąś formę egzaminu. Obecnie jest on rozwleczone jak chyba nigdzie na świecie – test ogólny, test EKG, egzamin praktyczny, egzamin teoretyczny. Jak wiele razy trzeba udowadniać swoją wiedzę? Ile razy można wracać do domu po zdanym egzaminie? W cywilizowanych krajach egzaminy są w formie testowej lub ustnej, ale jednoetapowo. I tak za Odrą egzamin to rozmowa w odpowiedniku naszej izby lekarskiej, terminy są wyznaczane co miesiąc. W USA lekarze rozwiązują test w swoich szpitalach bez tułania się po kraju. A co ważniejsze ten sam test rozwiązują ubiegający się o tytuł specjalisty, a także co dziesięć lat specjaliści celem utrzymania licencji. W ten sposób świeżo upieczeni specjaliści i ci ze stażem prezentują taką samą, aktualną wiedzę. Szczególnie to rozwiązanie byłoby wskazane u nas. Chyba wszyscy zdający mieli przykre doświadczenie, gdy ich aktualna wiedza napotykała mur „starych” wiadomości egzaminującego profesora, co w wielu przypadkach decydowało o obniżeniu oceny lub niezdaniu egzaminu.

Od kilku sesji „europejskie egzaminy” zdają anesteziolodzy i urologi – zdawalność niemal 100% i bardzo wysokie noty świadczą nie o niezwykłości polskich lekarzy, ale o prawidłowym przygotowaniu postępowania egzaminacyjnego.

Czy coś się zmieni w naszym kraju? Czy konsultanci i minister będą chcieli coś zmienić i ucywilizować postępowanie egzaminacyjne? Czy będą mieli na to odwagę i czy zrozumieją argumenty „młodych”? Nie wiadomo. Można mieć nadzieję, oby nie płoną.

Elmeledudek

lekarz z ponad ośmioletnim stażem,
pracujący w szpitalu powiatowym, „świeży”
specjalista chorób wewnętrznych.

PS. Nadzieja jest matką głupców, ale nikt nie chce być sierotą.

Siedzimy na MINI-e

Czy Polska kocha swoje dzieci? – pod tym hasłem 27 listopada 2009 r. odbyła się we Wrocławiu konferencja prasowa poświęcona obecnej sytuacji w opiece pediatrycznej w Polsce.

Spotkanie z udziałem mediów stanowiło wstęp do V Konferencji Federacji Specjalistycznych Towarzystw Pediatrycznych pod kierownictwem prof. Alicji Chybickiej. W spotkaniu obok lekarzy pediatrów wzięli udział także przedstawiciele Senatu RP, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i organizacji pacjentów.

Odpowiedź na pytanie zadane w tytule konferencji nie jest łatwa. – Inwestowanie w dzieci i młodzież wydaje się polską racją stanu – stwierdził prof. Janusz Szymborski z biura Rzecznika Praw Obywatelskich, odnosząc się do prognoz spadku dzietności i groźby odwrócenia proporcji między liczbą osób w wieku produkcyjnym oraz emerytalnym w perspektywie najbliższych 20 lat. – Jak wyjaśnić zatem trwające i narastające od wielu lat zagrożenia w opiece poporodowej oraz nad kobietą ciężarną, odchodzenie od systemu trójstopniowego sprawdzonego w latach dziewięćdziesiątych – alarmował prof. Szymborski. – Jak wytłumaczyć destrukcję systemu opieki zdrowotnej

nad uczniami, obserwowane dysfunkcje leczenia pediatrycznego, zwłaszcza problemy dzieci przewlekle chorych, zakażenia w profilaktyce zakażeń i chorób zakaźnych, niedostatki żywienia i aktywności fizycznej, braki w profilaktyce próchnicy zębów? – wymieniał prelegent. Zdaniem prof. Szymborskiego „miłość do dzieci” wyrażaliśmy także w niekontrolowanej likwidacji łóżek pediatrycznych bez uwzględniania potrzeb zdrowotnych populacji oraz ignorowaniem specyfiki chorób dziecięcych. – Sama miłość nie wystarczy – konkludował prelegent, podsumowując obecną sytuację akronimem MINA od słów: **Marginalizowanie** problemów dzieci i młodzieży, **Ignorowanie** danych epidemiologicznych, **Niedocenianie** skutków zdrowotnych, społecznych, ekonomicznych, **Abstrahowanie** od praw pacjenta (praw dziecka, praw człowieka).

Prof. Alicja Chybička przypomniała, że obok kochających rodzin istnieją również rodzice, którzy o dzieci nie dbają. – Populacja wieku rozwojowego jest

poza kontrolą państwa i to jest moim zdaniem główny błąd systemowy – argumentowała prof. Chybička. – Opiekę nad dzieckiem pozostawiono wyłącznie rodzicom. Przy czym prawo karze nas, lekarzy, jeżeli nie powiadomimy prokuratury o fakcie, że dziecko zostało na przykład porzucone w szpitalu. Prof. Chybička z nadzieją odniosła się do faktu powołania Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia przypominając, że do tychczas nad ośmiomilionową rzeszą dzieci i młodzieży czuwały w Ministerstwie Zdrowia tylko dwie (sic!) osoby.

Jacek Gugulski z Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych odniósł się do problemów z dostępnością do leków onkologicznych dla

najmłodszych pacjentów. Zbyt często finansowanie leczenia dzieci odbywa się poprzez indywidualną zbiórkę pieniędzy, gdyż nie ma możliwości sfinansowania zalecanego leczenia ze środków budżetowych. Prelegent zaapelował do przedstawicieli ministerstwa o uwzględnianie potrzeb dzieci chorych na raka, wymagających specjalistycznych terapii. Jacek Gugulski zapowiedział także, że jego organizacja planuje skierowanie listu do ministra zdrowia w sprawie braków w planowanym koszyku świadczeń gwarantowanych. Wskazał też na potrzebę zrealizowania poważnych, szeroko zakrojonych badań farmakoekonomicznych w Polsce.

Senator Władysław Sidorowicz przywołał pozytywne dane mówiące o znaczącym spadku śmiertelności niemowląt w latach 1990-2009 i jednocześnie wskazał na alarmujące dane dotyczące nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. Zaapelował do mediów o wsparcie działań zmierzających do zmiany postaw żywieniowych u dzieci. – Jeszcze mamy chwilę, by zapobiec tym zjawiskom, które stanowią dużo większy problem w innych krajach – przekonywał senator Sidorowicz.

Prof. Jerzy Stańczyk, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz dyrektor dużego szpitala pediatrycznego w Łodzi odniósł się do złej sytuacji w profilaktyce u dzieci. – Profilaktyka należy do samorządów, a te wydają na nią mało lub nie robią zgoła nic – zauważył prelegent. Jak stwierdził, wyceny NFZ dotyczące pediatrii w systemie jednorodnych grup pacjentów były krzywdzące od samego początku. – Dokładnie policzone koszty uznane przez NFZ są globalnie niższe o 5 proc. jeżeli chodzi o finansowanie pediatrii, a szczególnie procedury specjalistyczne – zauważył prof. Stańczyk. Dyskusje z Ministerstwem Zdrowia nad zmianą wycen trwały przez cały rok 2009. Efektem jest trudna sytuacja szpitalnych oddziałów pediatrycznych prowadząca do ograniczania liczby łóżek.

Dr n. med. Aleksandra Lewandowicz-Uszyńska zabrała głos na temat sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w woj. dolnośląskim, zwracając uwagę na postępujący spadek liczby pediatrów, co dotyczy nie tylko jednego regionu. – Specjalizacja pediatryczna okazała się nieatrakcyjna dla lekarzy, bo można ją było realizować tylko

poza rezydencją, co na szczęście ostatnio się zmieniło – podkreśliła prelegentka. Jej zdaniem problemy z opieką nad dziećmi rozpoczęły się, gdy wycofano lekarzy ze szkół i obowiązki przerzucono na lekarzy POZ. Inicjatywa pozostała wyłącznie po stronie rodziców, więc lekarz często nie ma możliwości prowadzić konsekwentnych badań. Dostępność do pielęgniarek w szkołach także kuleje, szczególnie na wsiach. Dr Lewandowicz-Uszyńska zaapelowała o rozwiązania systemowe, a nie doraźne działania kampanijne.

Dr hab. n. med. Leszek Szenborn, znany specjalista ds. szczepień został poproszony o omówienie zakażeń wirusem grypy typu A1NH1 wśród dzieci. – Mogę powiedzieć o sytuacji w Niemczech czy Wielkiej Brytanii, ale nie w Polsce – odparł lekarz przypominając akronim MINA autorstwa prof. Szymborskiego – nie mamy dostępu do szczepionki pandemicznej, co nie powinno mieć miejsca, bo lekarz, który ma do czynienia z taką liczbą chorych naraża się na ogromną ilość wirusów, co może prowadzić nawet do przebiegu śmiertelnego. Na szczęście dla nas ta grypa jest bardzo łagodna, łagodniejsza od grypy sezonowej. Zdaniem dr. Szenborna Polska przekroczy liczbę zgonów na gripę z rekordowego roku 2004. – Personel medyczny jako grupa ryzyka powinien mieć możliwość zaszczepienia – zastrzegł lekarz. Odnosząc się do stanowiska Ministerstwa Zdrowia odparł, że nie ma obecnie procedur, które nie wiązałyby się z ryzykiem. – Przykre, że Polska, która ma bardzo dobry system szczepień z całą niezbędną infrastrukturą i personelem, ma jednocześnie dużo gorszy kalendarz tych szczepień niż wiele krajów Ameryki Południowej czy Afryki. Brakuje nam dostępu do tańszych i sprawdzonych szczepionek. Polskie dzieci czekały 20 lat na szczepionkę przeciwko śwince, 18 lat przeciwko Hemofilus influenzae B, jako jeden z ostatnich krajów w Europie. Najbardziej martwi nas to, że członkowie rządu operują faktami, które nie są oparte na żadnej nauce, tylko na faktach gazetowych. Doszło do tego, że ruchy antyszczepionkowe powołują się na resort zdrowia – alarmował wakcynolog.

Czy Polska kocha więc swoje dzieci? Większość Polaków na pewno tak, jednak – jak wykazali prelegenci – państwo przez ostatnie lata zaniedbało opiekę nad populacją w wieku rozwojowym. Wiele będzie zależało od pracy nowego Departamentu Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia. Bo miłość wymaga także pracy, determinacji i wysiłku – oby ich nie zabrakło, bo gra toczy się przecież o przyszłość całego społeczeństwa.

Wojciech Kwilecki

PRZYPADKI-ZAGADKI

Czerwone oczy – co jest przyczyną?

W natłoku papierkowych obowiązków i przy hurtowym udzielaniu porad sztuka rozmowy z chorym oraz biegłość w badaniu przedmiotowym często schodzą na dalszy plan.

Metodologia stawiania rozpoznania zmienia się – z różnych powodów badania podmiotowe i przedmiotowe zaczynają znaczyć mniej niż badania dodatkowe. Oparcie diagnozy wyłącznie na badaniu pacjenta bywa przyjmowane z niedowierzaniem, a nawet samo staranne badanie może być ryzykowne! Opowiadała mi pacjentka zamieszkała na stałe w jednym z południowych stanów USA, że lekarz rodzinny zawsze osłuchuje ją przez bluzkę, w obawie, aby nie być posądzonym o... molestowanie seksualne. W efekcie mamy zlecenie badań dodatkowych na chybił trafił zamiast dokładnego badania i starannej analizy tego, co usłyszeliśmy od pacjenta.

Jest kilka jednostek chorobowych, w których staranny wywiad i dokładne badanie przedmiotowe mają szczególne znaczenie – gorączka niejasnego pochodzenia czy schorzenia alergiczne są tego klasycznymi przykładami. Ustalenie co jest alergenem wymaga niejednokrotnie dociekań na miarę Sherlocka Holmesa.

W dobie niekończących się cięć dokonywanych przez NFZ warto powrócić do odświeżenia umiejętności stawiania diagnozy opartej na wynikach badania lekarskiego. Przeciwicmy to na przykładzie historii choroby 65-letniej kobiety z nadciśnieniem tętniczym skurczowym, leczonej metoprololem o przedłużonym działaniu i zapewniającym dobrą kontrolę RR, u której wystąpił trudny do zdiagnozowania problem okulistyczny. Każdego roku w maju z powodu alergicznego zapalenia spojówek pacjentka stosuje z dobrym efektem dicortineff w kroplach. Maj 2009 r. okazał się wyjątkowo nieprzyjany i stosowany od wielu lat lek nie poskutkował, a objawy alergii nasilały się. Pod koniec czerwca kobieta jest już posiadaczką klasycznego czerwonego oka. Ponieważ jest lekarzem, wypisuje sobie recepty kolejno na sulfacetamidum, ofloksacynę, kromoglikan, ketotifen – ale żaden z leków nie przynosi poprawy. Robi zatem to, co czyni każdy współczesny inteligent, gdy wyczerpią mu się pomysły – odwiedza oślawionego „dra Google”, który sugeruje, że jest to zespół suchego oka. Jednak sztuczne tzy nie poprawiają sytuacji.

Ponieważ objawy są szczególnie nasilone z rana, jej uwaga kieruje się ku wyposażeniu sypialni. Wymienia poduszki na antyalergiczne, pierze pościel w przywiezionym z zagranicy hipoalergicznym płynie i dodatkowo przeprowadza akcję przeciw roztoczom. Starania te jednak nie przynoszą żadnego rezultatu. Po telefonicznej konsultacji ze znajomym okulistą aplikuje sobie krople z deksametazonem i tobramycyną, które przynoszą zmniejszenie objawów, ale nie likwidują dolegliwości całkowicie.

Po zakończeniu kuracji następuje ponowne nasilenie alergii. Skrócenie czasu pracy przy komputerze nie wpływa na stan oczu. Zostają przeprowadzone kolejne dwie kuracje deksametazonem i tobramycyną – przy czym powtarza się sytuacja z pierwszego cyklu leczenia – zmniejszenie objawów jest zauważalne, ale niecałkowite i z chwilą odstawienia sterydu objawy powracają. Nasuwa to podejrzenie, że ekspozycja na alergen jest stała. Zdesperowana pacjentka postanawia zasięgnąć konsultacji w swojej internetowej lekarskiej społeczności. Tam padają różne sugestie, z których najważniejsza jest oczywiście taka, że dalsze leczenie powinno odbywać się zgodnie z regułami sztuki w gabinecie okulistycznym.

Jeden z internautów wspomina swoje kłopoty z oczami, które ustąpiły po zmianie szamponu. Inny kolega dla odmiany rzuca myśl: to przedłużona alergia na maturę! Ta diagnoza jest elegancka i dowcipna, ale niestety nie trafna! Nasza pacjentka wynajęła skądinąd pogląd, że *oczy i dzieci są największym skarbem człowieka i jako takie powinny być leczone wyłącznie przez stosownych specjalistów, zmobilizowana przez e-społeczność udaje się do okulisty. Jeszcze wcześniej biegnie do łazienki, aby sprawdzić skład szamponu i ze zdumieniem odkrywa, że...*

No właśnie, jaki związek chemiczny używany w szamponie mógł być identyczny z majowym alergenem?

Czytelnicy, którzy nadesłali prawidłowe odpowiedzi, otrzymają atrakcyjne nagrody książkowe. Ponieważ sprawa nie jest łatwa, każdemu przysługuje prawo do jednego pytania pomocniczego, które można kierować na mój adres mailowy:

krystyna.knypl@compinet.pl

Jeżeli macie w swej praktyce ciekawe „przypadki-zagadki”, zapraszam do podzielenia się refleksjami z innymi Czytelnikami na łamach naszej nowej rubryki. Ciekawie będzie przeczytać, jak dochodziliście do rozwiązania zagadki i postawienia trafnej diagnozy.

PS. Z uwagi na duży poziom trudności tekstu z rubryki „Rozszyfruj receptę” przedłużamy termin nadsyłania rozwiązań do końca stycznia 2010, a listę laureatów ogłosimy w numerze lutowym.

REKLAMA

REKLAMA

Narządy poszukiwane od zaraz

Z prof. Magdaleną Durlik, kierownikiem Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, członkiem Zarządu Głównego Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej i prezesem Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego rozmawia Agnieszka Katrynicz



• W Polsce przeszczepia się mniej narządów w porównaniu do innych krajów. Jedną z przyczyn jest zbyt mała aktywność środowiska lekarskiego – co trzeba zrobić, by zaktywizować medyków?

– Nie chodzi o namawianie czy przypominanie, bo – jestem przekonana – większość koleżanek i kolegów wie, na czym polega transplantacja, jak bardzo jest dla chorego ważna. Problem jest natury organizacyjnej. Transplantologia to dziedzina interdyscyplinarna, wymagająca współpracy zespołu specjalistów z różnych dziedzin, chociażby po to, by wytypować, zidentyfikować potencjalnego dawcę i przeprowadzić niezbędne

badania. Ten ciężar najczęściej spada na anestezjologów, bo potencjalni dawcy są najczęściej pacjentami oddziałów intensywnej opieki medycznej bądź neurochirurgii, a chyba nie ma szpitala w Polsce, w którym anestezjologów by nie brakowało, bo lekarzy tej specjalności jest za mało. Poza tym opieka nad dawcą, wykonanie niezbędnych badań wymaga ogromu pracy i czasu, nie wspominając o pieniądzach, więc w wielu szpitalach dyrekcja nie jest skłonna pozwalać na takie działania. Nie oszukujemy się, nie będzie zgłaszalności dawców z jakiegokolwiek placówki, jeśli jej dyrekcja nie poprze działań lekarskich. Sam entuzjazm i poczucie misji tu nie wystarczą.

• Dlatego Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej postanowiła „namawiać” dyrektorów szpitali i ich organy założycielskie do zwiększenia wysiłków na rzecz transplantologii?

– Tak rozpoczęliśmy akcję „Partnerstwo dla transplantologii”, w ramach której próbujemy przekonać władze administracyjne – powiatowe, wojewódzkie itp. – że taka działalność jest potrzebna, bo nadal różny jest stosunek dyrektorów szpitali i decydentów do transplantacji. Wielka w tym zasługa i paca prof. Wojciecha Rowińskiego, wiceprezesa UMT. Zaczęliśmy tę akcję w Małopolsce, która ma jeden z najniższych wskaźników przeszczepień. Przy okazji chcemy też przypomnieć, że jest refundacja dla szpitala dawcy, więc to nie jest tak, że placówka traci na tym, że zgłosi potencjalnego dawcę. Niestety, nie ma refundacji jednostkowych, co też jest powodem tego, że wielu lekarzy nie podejmuje wysiłku, by przygotować dawcę.

• To też ma się zmienić, bo walczyć państwo o dodatek dla koordynatorów przeszczepiania.

– Tak. Warto podkreślić, że powołanie takich koordynatorów w Hiszpanii spowodowało, że mają oni najwyższy współczynnik zgłaszalności dawców w Europie. Rola koordynatora jest więc nie do przecenienia – to najczęściej anestezjolog (lub pielęgniarka anestezjologiczna), którzy po przeszkoleniu wiedzą jak zwołać komisję lekarską, jakie trzeba wykonać badania i wypełnić dokumenty, mówiąc krótko – jak cała ta procedura wygląda. Ważne jest to, że nie jest to osoba obca, gdzieś z zewnątrz, tylko lekarz normalnie pracujący w danym szpitalu, znający środowisko i pacjenta – potencjalnego dawcę. Jak widać koordynator ma wiele zadań i nie widzę powodu, by wykonywał tę pracę za darmo. A mówimy tu jedynie o niewielkim dodatku do pensji.

• Podkreśla pani rolę organizacji systemu, ale jak się spojrzy na „transplantacyjną” mapę Polski, to widać na niej duże różnice. Dlaczego w jednych regionach przeszczepia się więcej organów, a w innych, jak np. na Podkarpaciu takich zgłoszeń nie ma wcale?

– Rzeczywiście. Liderem jest tu zachodniopomorskie, gdzie liczba zgłaszanych dawców jest podobna jak w Katalonii, nieźle jest w poznańskim, a im dalej na wschód, tym gorzej. Oprócz Podkarpacia mamy jeszcze świętokrzyskie, gdzie zgłoszeń też nie ma. Nie bez znaczenia jest, że w tych dwóch województwach nie ma ośrodka transplantacyjnego bezpośrednio nawiązującego współpracę z najbliższymi szpitalami. Ważna jest postawa lokalnych społeczności, władz samorządowych, a także aktywność środowiska medycznego. Jak się czyta dane Poltransplantu, to widać, że na liczbę przeszczepów w Polsce ma wpływ aktywność zaledwie kilkunastu szpitali. To najlepszy dowód na to, że gdyby większość dużych szpitali miała koordynatora przeszczepień, to kolejka oczekujących znacząco by się zmniejszyła. Na to zresztą liczymy robiąc naszą akcję.

• Cały czas mówimy o dawcach zmarłych, ale sytuacja z dawcami żywymi też nie jest lepsza...

– Niestety. I tu jest duża rola lekarzy pracujących w stacjach dializ. Rzadko się zdarza, by lekarz robił dochodzenie, ile siostr i braci ma pacjent. Ja, jeśli chory zjawia się u mnie z kimś bliskim, z miejsca pytam: Kto z was ma jaką grupę krwi? Bo gdy grupa się zgadza, można rozważać przeszczep. Ilu jednak lekarzy tak stawia sprawę? Wiem, że nie są to łatwe rozmowy, ale też nie możemy dopuszczać do sytuacji, gdy to chory żebrze u rodziny o nerkę.

• Jak więc zmienić tę sytuację?

– Właśnie w stacjach dializ trwa akcja – zapraszamy rodziny chorych tłumacząc im na czym polega leczenie nerkozastępcze i dlatego przeszczep jest tak ważny. Okazuje się, że nie zawsze rodzina chorego wie, że takie przeszczepienie od osoby żywej może znacząco polepszyć komfort życia, a dawca nie ponosi z tego powodu poważnego uszczerbku na zdrowiu.

Zdajemy sobie sprawę tego, że nefrologów jest także mało i nie zawsze mają czas na takie rozmowy, poza tym brak jest finansowania tej procedury, bo NFZ daje pieniądze tylko oddziałom nefrologicznym, a stacje dializ z tego tytułu nie mają nic. Biorąc pod uwagę sytuację NFZ-u pewnie długo się nic nie zmieni. Zresztą żywi dawcy są tylko „dodatkiem”, bo gros przeszczepów to pobrania od zmarłych. A kolejka chorych będzie się zwiększać,

bo jest coraz więcej wskazań do tego typu leczenia, a społeczeństwo się starzeje.

• Dlatego od czasu do czasu słyszymy o próbach hodowania genetycznie modyfikowanych świń, od których można by było pobierać serce, wątrobę itp. Z drugiej strony, trwają prace nad sztucznym sercem, zapoczątkowane przez prof. Religę. Czy to jest kierunek, w którym medycyna powinna podążać?

– Na razie mamy sztuczne komory, które przez jakiś czas mogą być u pacjentów stosowane, ale są to pacjenci czekający na serce. Na wyniki prac nad sztucznym sercem przyjdzie nam pewnie jeszcze poczekać. Jeszcze gorzej sprawa przedstawia się z wątrobą, bo wszystkie próby stworzenia sztucznego organu okazały się niewypałem. Tak samo z badaniami genetycznymi – jak na razie z komórek macierzystych jesteśmy w stanie wyhodować proste linie komórkowe, czyli nablonek czy naskórek, fragment moczowodu, ale nie całe organy. To pewnie bardzo daleka przyszłość. Z kolei jeśli chodzi o ksenotransplantacje, czyli te od zwierząt, głównie świń, bo one mają podobnej wielkości narządy, to rzeczywiście interesujący kierunek. Naukowcy wiązali z tym duże nadzieje, ale niestety napotkali problemy, których jak na razie nie można wyeliminować. Przede wszystkim bariera immunologiczna jest tak trudna do pokonania, dlatego dodatkowo mogłoby dojść do sytuacji, że biorca takiego organu zachorowałby na choroby odzwierzęce, których ludzki organizm nie umie pokonać, a my nie potrafimy leczyć. Nie wolno też zapominać, że jest to procedura bardzo droga, więc nawet jeśli wyniki badań byłyby pomyślne, to i tak nie byłaby procedura dostępna dla wszystkich i nie byłoby to antidotum na kolejki oczekujących.

Medycyna raczej podąża teraz w kierunku leczenia uszkodzonych organów i nie dopuszczania do ich niewydolności, czy też spowalniania tego procesu tak, by przeszczep nie był konieczny. Prowadzi się także badania w kierunku medycyny regeneracyjnej – czyli „naprawiania” już uszkodzonych narządów za pomocą komórek macierzystych tak, by np. niewydolna wątroba, po zastrzyku z tych komórek podjęła swoją pracę i zaczęła się regenerować.

Kolejnym kierunkiem naszych działań jest doprowadzenie do sytuacji, by przeszczepiony narząd nie był odrzucany i mógł służyć choremu do końca życia. Tu przede wszystkim chodzi o nerki, których „przeżywalność” jest średnio 11-letnia, co powoduje, że ok. 20 procent czekających na ten narząd to chorzy czekający na retransplantację. Widać więc, że musimy raczej liczyć na ludzkich dawców niż na zwierzęta.

ZŁOTY ESKULAP DLA LISTA

Senator Jürgen List, przewodniczący rad nadzorczych spółek Inter w Polsce, otrzymał w listopadzie 2009 r. tytuł i odznaczenie *Pro Gloria Medici – Ku Chwale Lekarzy*.

Tytuł ten nadawany jest głównie lekarzom oraz wielkim osobistościom za szczególne zasługi dla społeczności lekarskiej i samorządu lekarskiego. Kapituła odznaczenia podkreśliła, że Jürgen List jest czwartym obcokrajowcem, nielekarzem, który otrzymał to wyróżnienie, co w szczególny sposób wpisuje go w rozwój polskiej ochrony zdrowia. Pierwszym tytulantem „Pro Gloria Medici” spoza branży medycznej był papież Jan Paweł II.

Podczas wręczania wyróżnienia Maciej Czerwiński, kanclerz kapituły podkreślił, że senator List jest związany i zaprzyjaźniony ze środowiskiem lekarskim od bardzo dawna. Odznaczenie, mające formę miniaturowego węża Eskulapa, wykonanego ze szczerzego złota, to wyraz największego szacunku ze strony środowiska za kreowanie i propagowanie dobrych programów ubezpieczeń dla środowiska lekarskiego. Przewodniczący kapituły tłumaczył, że choć zwykle tak bywa, że firma ubezpieczeniowa jest komercyjna, to ma głębokie przekonanie, że Jürgen List włożył w tę pracę dużo swojego serca.

„Pro Gloria Medici” to honorowy tytuł. Przyznaje się go głównie lekarzom, zarówno za życia, jak i pośmiertnie, za szczególne zasługi dla społeczności lekarskiej i samorządu lekarskiego oraz wolności zawodowej stanu lekarskiego.

Odznaczenia nadaje kapituła, którą ustanowiono z mocy uchwały Prezydium Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu w marcu 1997 r. Każda kolejna odznaczona osoba staje się nowym członkiem kapituły. W gronie pierwszych odznaczonych znaleźli się m.in. 98-letni dr Stanisław Gawłowski, nestor polskich ginekologów, dr Stanisław Malkiewicz, lekarz wojskowy z Grudziądza, dr Adam Raczynski, wieloletni prezes PTL i współtwórca samorządu lekarskiego. Kanclerzem kapituły jest urzędujący przewodniczący OIL w Toruniu.

GAZETA FARMACEUTYCZNA

Ceftriakson

Antybiotyku ceftriakson nie wolno łączyć z roztworami zawierającymi wapń. Ostrzeżenie takie wystosowała do szpitali agencja kanadyjska po przypadkach reakcji zakończonej zgonem noworodków i niemowląt. Interakcja między solami wapnia i ceftriaksonem zachodzi mimo podawania tych leków w innym czasie i przy użyciu odrębnych zestawów do infuzji.

Agencja kanadyjska zaleca, aby niemowlętom poniżej 10 tygodnia życia nie podawać dożylnie ceftriaksonu i soli wapnia w odstępie mniejszym niż 5-dobowy. W odniesieniu do pozostałych pacjentów odstęp czasowy powinien wynosić co najmniej 48 godzin.

Na podstawie:
WHO Pharmaceuticals Newsletter, No 4, 2008, 4, Health Canada, 31 lipca 2008 (www.hc-sc.ca)

Pirydoksyna – dwa przypadki neuropatii obwodowej

Australijski ośrodek the Australian Adverse Drug Reactions Advisory Committee (ADRAC) otrzymał dwa zgłoszenia o neuropatii obwodowej związanej ze stosowaniem produktów zawierających witaminę B6. Ostatnio komitet zajmujący się lekami wspomagającymi terapię the Complementary Medicines Evaluation Committee opracował zalecenia zawierające ostrzeżenie przed stosowaniem pirydoksyny w dawce dobowej powyżej lub równej 50 mg. Rekomendacje uzupełniono o radę, by przerwać zażywanie leku i zwrócić się do lekarza, jeżeli pojawią się objawy mogące świadczyć o działaniu

toksycznym pirydoksyny takie jak uczucie pieczenia, drętwienia lub mrowienia.

Na podstawie: WHO Pharmaceuticals Newsletter No 4, 2008, 5

dr Agata Maciejczyk
kierownik Wydziału Monitorowania
Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych

Czy elektroniczny nos pomoże w diagnozowaniu chorób?

Patologiczne procesy w przebiegu choroby często są źródłem różnych zapachów. Oddech cukrzyka w ostatnim stadium choroby ma słodki zapach, szkorbut charakteryzuje się zapachem zgnilizny, a różnym infekcjom bakteryjnym towarzyszą różnicowane zapachy. Nie jest więc dziwne, że nos od stuleci spełniał ważną rolę przy diagnozowaniu chorób. W ostatnich latach zaobserwowano wzrost zainteresowania tym zagadnieniem, ale w znacznie bardziej unowocześnionej formie. Opracowanie urządzeń do identyfikacji substancji lotnych umożliwiło badanie zapachów oddechu i moczu. Badania wykazały, że urządzenia te zapewniają relatywnie niedrogą, nieinwazyjną i szybką metodę diagnozowania niektórych chorób, np. zapalenia płuc czy nowotworu płuc. Ostatnio naukowcy poszli dalej, opracowując dwie różne techniki masowej produkcji receptorów węchowych, czyli białek sensorycznych odpowiedzialnych za wyczuwanie zapachów. Techniki te pozwoliły stworzyć sensory takie, jakie występują w nosach ssaków, a nawet bardziej czułe. Elektroniczny nos, zwany także e-nosem, początkowo był zaprojektowany dla przemysłu spożywczego i perfumeryjnego, a obecnie przechodzi próby zastosowania w medycynie, w diagnostyce. Prowadzone są

badania pod kątem potencjalnego zastosowania elektronicznego nosa w diagnozowaniu bakteryjnego zapalenia płuc, zapalenia zatok oraz w celu identyfikacji różnych typów komórek nowotworowych w hodowlach tkankowych *in vitro*. Sądzi się, że e-nos może stać się metodą diagnostyczną pierwszej linii, szybką i prostą w diagnozie infekcji bakteryjnych, co mogłoby się przyczynić do spadku liczby zapisywanych antybiotyków. Urządzenie to byłoby wykorzystywane np. do wykrywania obecności bakterii, do określania rodzaju bakterii, a także do ciągłej kontroli, monitorowania oddechu pacjenta pod kątem rozwoju zapalenia płuc. Dostępny obecnie elektroniczny nos ciągle nie może rywalizować z nosem psa w zakresie czułości i ogromnej gamy rozpoznawalnych zapachów. Naukowcy nie tracą nadziei, że uda się skonstruować biosensor równoważny do nosa psa, który umożliwi skuteczne, proste i szybkie diagnozowanie wielu chorób.

oprac. dr Anna Goldnik

na podst. JAMA, 2009, 6, 585

Ryzyko stosowania leków w posocznicy

Według FDA, pacjenci leczeni z powodu ciężkiej posocznicy Drotrecoginem alfa (rekombinowaną formą aktywnego białka C), u których zwiększone jest ryzyko krwawień, są narażeni na ciężkie krwawienie, a nawet zgon z tego powodu. FDA i producent leku zamierzają ponownie to ocenić. W ulotce dołączanej do leku znalazło się ostrzeżenie przed stosowaniem drotrecoginu alfa u chorych z takim ryzykiem.

Oprac. dr Anna Goldnik

na podst. JAMA 2009, 13, 1328

Angiogeneza a nowotwory

Fakt, że angiogeneza, czyli tworzenie się nowych naczyń krwionośnych, jest istotna dla rozwoju nowotworu, spowodowało zainteresowanie poszukiwaniem leków hamujących angiogenezę. Przykładem mogą być inhibitory VEGF (czynniki wzrostu śródbłonnki naczyń). Jednak naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Diego stwierdzili, że leki blokujące VEGF mogą nawet stymulować wzrost komórek nowotworowych.

Nowe naczynia krwionośne, odżywiające komórki nowotworowe, tworzą gęstą sieć, niezorganizowaną i nieszczelną. Naukowcy zauważyli, że u myszy pozbawionych genu kodującego VEGF takie naczynia są bardziej uporządkowane, bardziej szczelne, niż u myszy posiadających ten gen. Guzy u myszy pozbawionych genu kodującego VEGF były co prawda większe, ale bardziej wrażliwe na standardową chemioterapię. Pozwala to wyjaśnić, dlaczego leki anty-VEGF podawane bez chemioterapii są mniej efektywne, niż podawane łącznie z tradycyjną chemioterapią.

Oprac. dr Anna Goldnik

na podst. JAMA, 2009, 1, 26

Exenatyd

Wobec zwiększającej się częstotliwości występowania cukrzycy typu 2 – złożonego zespołu metabolicznego prowadzącego do powikłań naczyniowych – stale trwają poszukiwania nowych rozwiązań terapeutycznych, które mogłyby zapewnić optymalne wyrównanie glikemii. Odkryciem ostatnich lat jest grupa mimetyków inkretynowych mających właściwości glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1), zwiększających możliwości kontroli glikemii i prowadzących do redukcji masy ciała. Chorzy, którzy nie mogli uzyskać zadowalających

Gazeta Lekarska

stężenia glukozy podczas stosowania maksymalnych dawek leków doustnych, nie mieli wcześniej wyboru – musieli zacząć przyjmować insulinę, jednak najlepszy sposób leczenia insuliną długo pozostawał kontrowersyjny. Ponadto moment włączenia insuliny często bywał opóźniany z powodu obaw pacjentów, a niekiedy i lekarzy, związanych z koniecznością wykonywania iniekcji, ryzykiem hipoglikemii i przyrostu masy ciała.

Exenatyd, pierwszy z nowej grupy leków zarejestrowany przez FDA w Stanach i EMEA w Europie, poprawia kontrolę glikemii poprzez wzmocnienie zależnego od stężenia glukozy wydzielania insuliny, zmniejszenie sekrecji glukagonu, zmniejszenie łaknienia i spowolnienie opróżniania żołądka. W badaniach klinicznych w porównaniu z placebo exenatyd podawany w dawce 10 mcg 2 razy dziennie w iniekcjach podskórnych znacząco obniżał stężenie glukozy i HbA1c u chorych leczonych środkami doustnymi, takimi jak metformina, pochodne sulfonilurei czy tiazolidinediony. Efekty jego stosowania były podobne jak insuliny, bez konieczności dostosowywania dawki, rzadszego występowania hipoglikemii i bez przyrostu masy ciała. Z pracy D. Druckera i współpracowników opublikowanej w „Lancecie” wynika, że exenatyd w formie iniekcji stosowanej 1 raz w tygodniu w dawce 2 mg o spowolnionym uwalnianiu jest równie skuteczny i powoduje znaczące obniżenie stężenia HbA1c i glukozy na czczo, a kontrola poposiłkowej glikemii jest bardziej efektywna, objawy niepożądane ze strony przewodu pokarmowego rzadsze.

Exenatyd nie został jeszcze wprowadzony do międzynarodowych standardów leczenia cukrzycy i stosowany jest tylko w przypadkach, które kwalifikują się do podawania insuliny.

Oprac. dr Anna Lewandowska

Na podst. The Lancet 2008, 9645, 1197-8

Odbudować zaufanie

Na styczniowym Zjeździe zmieni się skład Naczelnej Rady Lekarskiej. „Gazeta Lekarska” postanowiła zapytać, czego środowisko oczekuje od nowych przedstawicieli. Jakimi sprawami powinni zająć się w pierwszej kolejności?

Magdalena Wiśniewska

młoda lekarka ze Szczecina

Spraw do załatwienia nie brakuje. Na pewno nowe władze powinny nawiązać dobrą współpracę z parlamentarzystami, NFZ i ministerstwem, którzy przecież stanowią prawo, tak by mieć na kolejne ustawy, rozporządzenia itp. wpływ, być znaczącym głosem doradczym. Dzisiaj często mamy do czynienia z sytuacją, kiedy przepisy są niespójne albo nieprecyzyjne, co bardzo utrudnia codzienną praktykę. Samorząd powinien także naciskać na zwiększenie finansowania systemu ochrony zdrowia, bo nie da się już dłużej ukryć, że pieniędzy na leczenie jest za mało. Decydenci muszą zrozumieć, że ich decyzje sprawiają, że pacjenci są coraz bardziej rozgoryczeni, a pretensje kierują do nas, lekarzy, niestety, a nie do nich.

Niemniej ważna jest ponowna integracja środowiska, bo ostatnio znowu pojawiły się głosy o podziałach i rozłamach. Samorząd musi także wzmocnić swoją pozycję, bo dziś wielu lekarzy nie widzi sensu jego działania.

Mnie, młodemu lekarzowi, który ciągle się specjalizuje, zależy także na poprawie dostępności do zawodu, bo ciągle nie jest z tym dobrze. Niby jest więcej miejsc rezydenckich, ale głównie w specjalnościach, które nie są atrakcyjne, a tam, gdzie młodzi medycy chcieliby się dostać, ciągle brakuje miejsc. Za mało jest także ośrodków specjalizacyjnych. Nie jest także dobrze z kształceniem ustawicznym, do którego jesteśmy zobowiązani, ale tak naprawdę nie ma gdzie się kształcić, kiedy, bo jesteśmy zaważeni pracą, ani za co, bo dobre kursy są bardzo drogie.

Almurtatha Abdulwahab

lekarz rodzinny pracujący w Lachowie

Wszyscy oczekujemy dokończenia reformy ochrony zdrowia. A przede wszystkim ustalenia jasnych, przejrzystych i niewykluczających się nawzajem przepisów prawa, jak ma to dzisiaj miejsce. To sytuacja niewygodna zarówno dla nas, lekarzy, jak i pacjentów, którzy gubią się w tym gąszczu. Czekam także na uproszczenie druku zwolnień, bo ten dzisiaj obowiązujący jest skomplikowany i jego wypełnienie zajmuje mnóstwo cza-

su, a jako lekarz rodzinny wypisuję ich mnóstwo. Oczywiście to tylko przykład, bo takich obciążeń biurokratycznych lekarze prowadzący własne praktyki mają mnóstwo. Marzy mi się sytuacja, gdy lekarz będzie mógł zająć się leczeniem chorych i doskonaleniem zawodowym, a nie wypełnianiem stosów dokumentów. Nasz samorząd powinien naciskać na parlamentarzystów, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, by ograniczyć tę biurokrację.

Ale najważniejszym zadaniem będzie walka o etos naszego zawodu. Jak pokazują badania, niestety, zaufanie pacjentów do nas spada i trzeba zrobić wszystko, by na nowo je odbudować. To truizm, ale bez zaufania nie da się wykonywać zawodu lekarza.

Grzegorz Wrona, anestezjolog

zastępca dyrektora szpitala w Pile

Samorząd zaniedbał Kodeks Etyki Lekarskiej, np. w czasie specjalizowania się mistrzowie za mało uwagi poświęcają kształtowaniu właściwych postaw i nawyków u lekarzy. Zresztą ten problem nie dotyczy tylko młodych medyków, bo o zasadach nadrzędnych i ponadczasowych, którymi powinniśmy się kierować w naszym zawodzie, trzeba nieustannie przypominać. Widać to chociażby w sądzie lekarskim, po tym, jakie sprawy wpływają i jak się bronią oskarżeń. Warto podkreślić, że Kodeks ma już 10 lat i chociażby z tego powodu należałoby przyjrzeć mu się ponownie i dopasować go do zmieniającej się rzeczywistości. Na pewno należałoby usystematyzować część mówiącą o tym, czego lekarzowi robić nie wolno, a co wręcz musi, bo dziś mamy 77 przykazań, z których spora część jest niejednoznaczna albo się powiela. Nie mówiąc już o tym, że zmieniona ustawa o izbach lekarskich narzuca konieczność wprowadzenia nowych zapisów także do Kodeksu. Trzeba pamiętać, że po podpisaniu ustawy przez prezydenta znajdziemy się w nowej rzeczywistości, chociażby dlatego, że posiedzenia sądów lekarskich będą jawne. Obecność publiczności sprawi, że wiele rzeczy stanie się publiczne i nie da się ich zataić, jak teraz, a to może zniszczyć reputację niejednego lekarza. A wiadomo, że reputacja w naszym zawodzie jest bezcenna.

Edward Ślaczka, otorynolaryngolog

pracujący w prywatnej placówce w Warszawie

Najważniejszym zadaniem jest odbudowanie zaufania do izb tak, by przynależność do nich była zaszczytem, a nie tylko obowiązkiem. Dziś, niestety, wielu lekarzy uważa, że izby nie są potrzebne i dlatego pomysły takie, jak Rzecznika Praw Obywatelskich zyskują na popularności. Wynika to m.in. z tego, że często zadania samorządu są mylone z zadaniami związków zawodowych i medycy mają pretensje do izb, że nie pomagają im w sprawach socjalnych, bytowych czy sporach z pracodawcą. Na pewno trzeba zrobić wszystko, by do pracy w samorządzie przyciągnąć młodych. Inną sprawą jest brak lobby lekarskiego w parlamencie, takiego, jakie mają prawnicy, którzy bez względu na przynależność partyjną potrafią trzymać się razem i walczyć o swoje interesy. Efekt jest taki, że chociaż izby dostają różne akty prawne do opiniowania, to i tak nikt nie słucha tego głosu. A szkoda.

Jolanta Szczurko, lekarz dentysta

pracująca w Białymstoku

W stomatologii największym problemem jest brak możliwości zrobienia specjalizacji. Młodzi dentyści są zainteresowani ich zdobywaniem, ale niestety nie mają gdzie ich zrobić, bo za mało jest akredytowanych ośrodków. Samorząd powinien zaapelować do kolegów, by miejsc specjalizacyjnych przybywało, a nie ubywało. Problemem są także kursy szkoleniowe, które trzeba zrobić w czasie specjalizacji, np. na kurs z medycyny ratunkowej lekarze z Białegostoku muszą jeździć aż do Poznania. Samorząd powinien także lobbować za tym, by wycena punktu bądź świadczenia stomatologicznego była taka sama w całym kraju, bo dziś są ogromne różnice, mimo że procedury są przecież takie same. Sprawą do załatwienia jest także rozszerzenie koszyka świadczeń stomatologicznych, który jest bardzo ubogi. Izby powinny także zwrócić uwagę na emerytów i rencistów, których świadczenia są często bardzo niskie – może czas pomyśleć o funduszu czy kasie zapomogowej? Na pewno nie można naszych kolegów, którzy zdecydowali się na odejście na emeryturę, zostawiać samych.

opr. ak

WYBORY DO IZB LEKARSKICH

REKLAMA

13 grudnia 2009 r. zakończyła się runda okręgowa w wyborach do organów izb lekarskich na lata 2009-2013. We wszystkich izbach lekarskich wybory przebiegały z udziałem znakomitej większości delegatów.

- **Białystok.** ORL będzie przewodniczyć hematolog prof. Janusz Kłoczko, a okręgowym rzecznikiem odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) będzie kardiolog Anatol Aksucik.
- **Bydgoszcz.** Przewodniczącym Rady będzie dotychczasowy rzecznik Stanisław Trawiński, chirurg z Bydgoszczy, który zastąpi Radosławę Staszak-Kowalską, OROZ – Marek Bronisz, kardiolog z Inowrocławia. Obaj panowie uzyskali niemal stuprocentowe poparcie.
- **Częstochowa.** Na stanowisku przewodniczącego ORL chirurga dziecięcego Zbigniewa Brzezina zastąpi kardiolog Mariusz Malicki. Urząd OROZ przypadł w udziale ginekologowi-położnikowi Markowi Mikołajczakowi.
- **Katowice.** Na czele śląskiego samorządu lekarskiego stanął Jacek Kozakiewicz, otolaryngolog z Bytomia, a OROZ wybrano ginekologa-położnika Tadeusza Urbana.
- **Gdańsk.** ORL poprowadzi Roman Budziński, chirurg z Wejherowa, a OROZ będzie Maria Adamcio-Deptulska, ginekolog-położnik z Gdańska.
- **Kraków.** Ustępującego po dwóch kadencjach szefa ORL Jerzego Friedigera zastąpi również chirurg prof. Andrzej Matyja. Na stanowisko OROZ ponownie wybrano psychiatrę Ewę Mikosza-Januszewicz.
- **Lublin.** W rywalizacji o przewodnictwo w ORL zwyciężył neurolog Janusz Spustek, który już w pierwszej turze pokonał stomatologa prof. Janusza Kleinroka i chirurga Zenona Górniewskiego. Na stanowisko Rzecznika po kadencyjnej przerwie powrócił Janusz Hołysz, chirurg z Lublina. Zjazd polecił Radzie powołanie Rzecznika Praw Lekarza.
- **Łódź.** O fotel szefa ORL ubiegało się aż 4 kandydatów. Zwycięzcą okazał się Grzegorz Mazur, otolaryngolog z Bełchatowa, dotychczasowy przewodniczący delegatury w Piotrkowie. Rzecznikiem będzie chirurg Zbigniew Muszyński.
- **Olsztyn.** Lecha Dudzińskiego, który po 20 latach ogłosił zakończenie działalności w samorządzie, zastąpi endokrynolog Marek Zabłocki. Rzecznikiem będzie chirurg Rafał Suszkiewicz. Zjazd powołał Rzecznika Praw Lekarza.
- **Poznań.** Szefem ORL został Krzysztof Kordel z Zakładu Medycyny Sądowej, a OROZ Artur de Rossier, psychiatrę z Gniezna.
- **Warszawa.** Pełna emocji rywalizacja pięciu kandydatów, gotowych przez kolejne 4 lata przewodniczyć Radzie, zakończyła się dopiero w II turze, nieznacznym zwycięstwem Mieczysława Szatanka, ginekologa-położnika z Radomia nad Konstantym Radziwiłłem, lekarzem rodzinnym z Warszawy. Rzecznikiem będzie znany warszawski neurochirurg prof. Zbigniew Czernicki.

We wszystkich okręgach wybrano już delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, który będzie obradować w Warszawie w dn. 28-30 stycznia 2010 r.

ms

REKLAMA

Pojęcia ubezpieczeniowe

Idea ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej jest relatywnie prosta. Chodzi o to, żeby w sytuacji zajścia określonego zdarzenia wyrządzonego przez ubezpieczonego lub osobę trzecią, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wypłacił poszkodowanemu stosowne odszkodowanie lub zadośćuczynienie.

Często problem z odpowiedzialnością cywilną jest jednak taki, że jej powstanie nie zawsze jest równoznaczne z odpowiedzialnością polisową zakładu ubezpieczeń, głównie wskutek zapisów zawartych w umowie ubezpieczenia, która przybiera formę ogólnych warunków ubezpieczenia. Wynika to z faktu, że umowa ubezpieczenia w sposób pełny reguluje zasady odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego. A skoro tak, to niezmiernie istotne będzie, aby ubezpieczony przy każdym zawieraniu umowy ubezpieczenia dokładnie zapoznał się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia, albowiem pozwoli to uniknąć mu wielu przykrych niespodzianek. Bardzo przydatne w tym zakresie będzie zatem poznanie podstawowej nomenklatury ubezpieczeniowej, używanej przez zakłady ubezpieczeń. Takie pojęcia jak składka ubezpieczeniowa, suma gwarancyjna, wypadek ubezpieczeniowy,

trigger, franszyza są znane tym osobom, które mają styczność z ubezpieczeniami, ale rzadko cokolwiek mówią tym, którzy sporadycznie mają z nimi do czynienia. Z punktu widzenia ubezpieczonego istotnych jest kilka elementów, jak chociażby suma gwarancyjna lub suma ubezpieczenia, które stanowią będą informację o maksymalnej kwocie, do jakiej zakład ubezpieczeń będzie odpowiadał za szkodę wyrządzoną przez ubezpieczonego. To prosty przykład rozbieżności pomiędzy odpowiedzialnością cywilną a odpowiedzialnością polisową, wystarczy bowiem wyobrazić sobie wyrok sądu powszechnego zasądzający od lekarza 500 000 zł na rzecz poszkodowanego z tytułu błędu w sztuce lekarskiej. Odpowiedzialność polisowa będzie np. ograniczona do kwoty stanowiącej równowartość 47500 EUR. Tutaj zatem każdy ubezpieczony powinien zadać sobie trud odpowiedzi jaka kwota jest dla niego satysfakcjonująca

i wzbudza poczucie bezpieczeństwa. Oczywiście w zamian za ochronę ubezpieczony musi opłacić składkę czyli cenę, po jakiej nabywa ubezpieczenie. Niewątpliwie istotnym elementem jest poznanie ubezpieczeniowej definicji zdarzenia lub wypadku ubezpieczeniowego, aby dokładnie zapoznać się, w jakich sytuacjach będzie realizować się obowiązek zakładu ubezpieczeń. Jest to o tyle istotne, że często potoczna definicja zdarzenia czy wypadku może zasadniczo różnić się od definicji umownej.

Z powyższym wiąże się także nieodłącznie element ustalenia czasowego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wynikającej z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. I tak umowa ubezpieczenia może zakładać, że dla powstania obowiązku zakładu ubezpieczeń konieczne

jest, aby zdarzenie nastąpiło w okresie ubezpieczenia (*act committed*) bądź, aby szkoda nastąpiła w okresie ubezpieczenia (*loss accurate*), bądź, aby szkoda ujawniła się w okresie ubezpieczenia (*loss manifestation*), bądź wreszcie, aby zgłoszenie roszczenia osoby trzeciej nastąpiło w okresie ubezpieczenia (*act committed*).

Kolejny szczególnie istotny element, na który warto zwrócić jeszcze dodatkowo uwagę, to wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczeń, albowiem jest to kwestia, która często powoduje, że szczególnie istotny element ubezpieczenia, na którym zależy ubezpieczonemu będzie nie uwzględniony; tak będzie się działo chociażby w przypadku odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez choroby zakaźne czy w przypadku szkód wyrządzonych osobom bliskim. Podobne znaczenie jak wyłączenie mają klauzule dodatkowe, te jednak z kolei najczęściej rozszerzają zakres, który wcześniej jest ograniczony wyłączeniami odpowiedzialności, jak chociażby zakres terytorialny działania ubezpieczenia.

Nie sposób też nie zwrócić uwagi na element udziału własnego stosowany przez zakłady ubezpieczeń. Niezależnie od rodzaju i nazwy działania sprowadza się do faktu, że świadczenie zakładu ubezpieczeń jest mniejsze o stałą kwotę lub procent kwoty, co oznacza, że część zapłaty odszkodowania spływa na barki ubezpieczonego.

Optymalizowanie pełnej ochrony ubezpieczeniowej jest więc zadaniem doniosłym, ale i trudnym jednocześnie, warto zatem znać podstawowe pojęcia ubezpieczeniowe, aby ochrona ubezpieczeniowa była całkowita i spełniała oczekiwania ubezpieczonych.

Maciej Dittmajer
radca prawny

Kancelaria Prawna Dittmajer Głowacki Awedyk Sp. k., kancelaria współpracująca z April Group w Polsce i świadcząca usługi dla Medbroker Sp. z o.o.



fol. Marek Stankiewicz

Prezydium NRL – 2 XII 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie **wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne**.

Prezydium zwróciło uwagę, że wprowadzane w projektowanym rozporządzeniu ostre kryteria dotyczące kwalifikacji kierowników laboratoriów, wymogów dotyczących zatrudnienia odpowiedniej liczby diagnostów zapewniających prawidłową pracę laboratoriów i autoryzacje wyników badań w godzinach pracy mogą w praktyce okazać się niemożliwe do realizacji przez wiele laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, zwłaszcza laboratoriów szpitali powiatowych. Podkreślono także, że projektowane rozporządzenie nie dotyczy zakładu patomorfologii, ponieważ zakładu tego nie można stawiać na równi z medycznym laboratorium diagnostycznym. Przesądza o tym specyfika wykonywanej tam pracy i zatrudnionych tam osób (głównie lekarzy). Wobec braku jakichkolwiek regulacji dotyczących statusu zakładu patomorfologii oraz standardów jakości, jakie powinien on spełniać, należy podjąć pilne działania w celu uregulowania tej kwestii przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu **Memorandum Porozumienia w ramach projektu PHEEDUNET**.

Prezydium, po zapoznaniu się z projektem porozumienia przygotowanego w ramach finansowanego ze środków Unii Europejskiej

programu PHEEDUNET (Europejska Sieć ds. Szkolenia Lekarzy w Zakresie Zdrowia Publicznego Środowiskowego), wyraża poparcie dla projektu i postuluje jego przyjęcie przez przedstawicieli Państw Członkowskich Unii Europejskiej. Prezydium podzieliło opinię, że należy promować doskonalenie zawodowe lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia w zakresie zdrowia środowiskowego.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w 24 Sesji Szkoleniowej Szkoły Pneumonologii PTChP „Nikotyzm i POChP”.
- Spotkanie z przedstawicielami Zarządu Regionu Mazowieckiego OZZL.
- Udział w I Forum Pacjentów w Warszawie.
- Spotkanie z przedstawicielami Europejskiego Sojuszu na rzecz Zdrowia Publicznego (EPHA) w Warszawie.
- Udział w debacie „Szczepienia zamiast grypy” zorganizowanej przez „Medical Tribune”.
- Udział w debacie „Leczyć po ludzku” zorganizowanej przez „Gazetę Wyborczą”.
- Listy do Zygmunta Cholewińskiego, marszałka województwa podkarpackiego, Mariusza Kocenia, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, Pawła Wołęjszy, przewodniczącego Zarządu Oddziału Terenowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w Krośnie – w sprawie zaistniałego konfliktu.
- Udział w posiedzeniu komisji ds. kultury, sportu i rekreacji.
- Udział w uroczystości otwarcia nowej siedziby OIL w Warszawie.

Tomasz Korkosz

tel. 22-559-13-27, 0602-218-710

faks 22-559-13-26

e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

BIESIADA LITERACKA

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy uprzejmie informuje, że X Ogólnopolska Biesiada Literacka UPPL odbędzie się w Klubie Lekarza OIL w Łodzi, ul. Czerwona 3, 5 marca (piątek) 2010 r. Początek o godz. 17.00.

Serdecznie zapraszamy Autorów-Lekarzy z całej Polski do czynnego udziału w tej tradycyjnej imprezie, a Szanownych Gości, miłośników żywego słowa, zachęcamy do „współbiesiadowania”.

Osoby, które podczas spotkania pragną zaprezentować własne utwory, proszone są o nadesłanie zgłoszeń uczestnictwa oraz proponowanych do wygłoszenia tekstów (wydruki w dwóch egzemplarzach) najpóźniej **do 15 lutego br.** pod adresem: **ZG UPPL, 93-005 Łódź, ul. Czerwona 3 (z dopiskiem na kopercie „Biesiada Literacka”).**

Uwaga! W zgłoszeniu konieczne jest podanie swego aktualnego adresu pocztowego (ew. też e-mail) oraz numeru telefonu kontaktowego – stacjonarnego i komórkowego.

Członkowie UPPL proszeni są także o jednoczesne przesłanie swych tekstów Internetem (w pliku, jako załącznik do e-maila) pod adresem **bsm3@tlen.pl**. Istnieje możliwość rezerwacji tanich noclegów w Hotelu Asystenckim PL – (tuż obok Klubu Lekarza). Wszelkich informacji można zasięgnąć telefonując do OIL: nr **42-683-17-91 w. 110.**

Szczególny Pakiet **UBEZPIECZENIE MIENIA I RYZYK ŻYCIA CODZIENNEGO**

PAKIET DLA LEKARZA

Program przygotowany przez: **MEDBROKER Sp. z o.o.** Ubezpieczyciel: **COMPENSA TU S.A.**
VIENNA INSURANCE GROUP

Zakres pakietu obejmuje łącznie ubezpieczenia:

- 1 mienie od ognia i innych zdarzeń losowych
- 2 mienie od kradzieży z włamaniem i rozboju oraz wandalizmu,
- 3 odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym z włączeniem uprawiania sportów ekstremalnych
- 4 następstw nieszczęśliwych wypadków, z włączeniem ryzyk uprawiania sportów ekstremalnych
- 5 ryzyka kradzieży zwykłej
- 6 szyby i innych przedmiotów szklanych od stłuczenia,
- 7 sprzętu elektronicznego od uszkodzeń w tym sprzęt przenośny na terytorium RP oraz pakiet obejmuje dodatkowo ubezpieczenie

pakiet obejmuje dodatkowo ubezpieczenia:

- 8 mechanicznego sprzętu turystycznego tj. quady, skutery wodne, skutery śnieżne, pontony, silniki do łodzi i pontonów od ognia i innych zdarzeń losowych, kradzieży z włamaniem, rozboju i wandalizmu
- 9 torby lekarskiej od kradzieży z włamaniem i rozboju
- 10 telefonu komórkowego od kradzieży z włamaniem, rozboju
- 11 mienia służącego do prowadzenia gabinetu lekarskiego w ubezpieczonym domu mieszkalnym/lokalu mieszkalnym od ognia i innych zdarzeń losowych, kradzieży z włamaniem, rozboju i wandalizmu
- 12 ubezpieczenie HOME ASSISTANCE

Atrakcyjna składka ubezpieczeniowa przy wysokich sumach ubezpieczenia i limitach odpowiedzialności: 1.000 zł/rocznie za w/w pakiet dla lekarza*

Szczegóły i możliwości zawarcia ubezpieczenia: **Medbroker Sp. z o.o.**
ul. Wiatraczna 9, 04-366 Warszawa, tel. (22) 740 94 80, 824 29 43, www.medbroker.pl

* zgłoszona wartość budynku mieszkalnego/lokalu mieszkalnego 500 tys. zł.

Obowiązek udzielenia pomocy kiedy lekarz może odstąpić od leczenia?



Podstawowym obowiązkiem lekarza jest obowiązek udzielenia pomocy, który został określony m.in. w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r. (tj. Dz. U. 2008 r., nr 136, poz. 857, ze zm. – dalej UoZL).

W myśl art. 30 UoZL *lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki*. Do obowiązku udzielenia pomocy odnosi się także art. 69 Kodeksu Etyki Lekarskiej, według którego *lekarz nie może odmówić udzielenia pomocy lekarskiej w przypadkach niecierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielenia pomocy*. Należy podkreślić, że zwrot „przypadek niecierpiący zwłoki” nie doczekał się zdefiniowania w obowiązujących aktach prawnych. W związku z brakiem jednolitej i bezwzględnie obowiązującej definicji tego terminu można przyjąć, że teoretycznie prawie każde zdarzenie dotyczące pacjenta może zostać uznane za „przypadek niecierpiący zwłoki”.

Na uwagę zasługuje fakt, że obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej dotyczy sytuacji, w których stan zdrowia chorego wymaga bezzwłocznej interwencji lekarskiej, a zwłoka w udzieleniu pomocy może spowodować skutki określone w art. 30 UoZL, jak również wówczas, gdy istnieje wysokie ryzyko ich wystąpienia.

Uwaga! Obowiązek udzielenia pomocy dotyczy każdej osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu lekarza, która nie utraciła tego prawa lub wobec której prawo to nie zostało zawieszone. Obowiązek udzielenia pomocy powstaje więc nie tylko w przypadku, gdy lekarz wykonuje czynności wynikające z umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej lub w ramach prywatnej praktyki lekarskiej, ale także gdy lekarz jest przypadkowym świadkiem zdarzenia, w wyniku którego powstaje potrzeba natychmiastowej interwencji medycznej.

Przykład: Lekarz jest świadkiem wypadku komunikacyjnego w trakcie powrotu z pracy do domu.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że istnieją przypadki, w których nieudzielenie pomocy przez lekarza nie jest równoznaczne z niewywiązaniem się z obowiązku udzielenia pomocy. Lekarz może więc nie udzielić pomocy medycznej w niżej wymienionych przypadkach:

- lekarz nie jest zdolny do udzielenia pomocy z powodu stanu fizycznego lub psychicznego (np. jest chory, co uniemożliwia udzielenie pomocy lub pozostaje pod wpływem leków silnie działających),
- lekarz odmawia udzielenia pomocy medycznej osobie wymagającej bezzwłocznej interwencji, ponieważ jest w trakcie udzielania pomocy innej osobie, która również wymaga udzielenia pomocy medycznej (np. lekarz udziela pomocy jednej z czterech ofiar wypadku samochodowego). W takim przypadku mamy do czynienia z kolizją interesów. Zgodnie z art. 26§ 5 kodeksu karnego przestępstwo nieudzielenia pomocy nie zostaje popełnione w przypadku, (...) *gdy z ciążących na sprawcy obowiązków tylko jeden może być spełniony*. Teoretycznie na lekarzu ciąży obowiązek udzielenia pomocy wszystkim ofiarom wypadku. W praktyce może się jednak okazać, że tylko jeden z tych obowiązków może zostać spełniony (lekarz jest w stanie udzielić pomocy tylko jednej osobie). Jeśli obowiązek udzielenia pomocy będzie dotyczyć dwóch lub więcej osób równolegle, a spełnienie tego obowiązku będzie możliwe tylko w stosunku do jednej osoby, nieudzielenie pomocy pozostałym osobom wymagającym niezwłocznej interwencji lekarskiej nie jest traktowane jako niewywiązanie się lekarza z obowiązku udzielenia pomocy,
- osoba wymagająca udzielenia natychmiastowej pomocy wyraża sprzeciw na podjęcie jakichkolwiek czynności medycznych. Należy przy tym podkreślić, że sprzeciw może wyrazić wyłącznie osoba pełnoletnia, nieubezwłasno-

wolniona i mająca wystraszające rozeznanie co do sytuacji, w której się znajduje,

- lekarz nie udziela pomocy lekarskiej w przypadku, gdy udzielenie pomocy łączyłoby się z narażeniem jego życia lub zdrowia. Zagrożenie życia lub zdrowia lekarza musi być stworzone przez osobę wymagającą pomocy medycznej (np. osoba, która doznała obrażeń w trakcie bójki zachowuje się bardzo agresywnie) lub może wynikać z okoliczności zewnętrznych (np. osoba wymagająca udzielenia pomocy medycznej znajduje się w płonącym budynku),

Uwaga! Obowiązek udzielenia pomocy powstaje natomiast w sytuacji, gdy narażenie życia lub zdrowia lekarza związane jest ze stanem zdrowia osoby wymagającej natychmiastowej pomocy (np. osoba, która wymaga interwencji medycznej jest nosicielem wirusa HIV, o czym lekarz wie). W takim przypadku lekarz ma obowiązek wykonania wszystkich niezbędnych czynności w celu ratowania życia lub zdrowia, jeśli zwłoka w ich wykonaniu naraziłaby osobę potrzebującą pomocy lekarskiej na skutki określone w art. 30 UoZL.

- nie istnieje przypadek niecierpiący zwłoki. Oznacza to, że lekarz może nie udzielić pomocy medycznej, jeśli choremu nie zagraża niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych. Należy jednak pamiętać, że ocena czy zaistniała sytuacja niecierpiąca zwłoki jest często trudna, a decyzję w tym zakresie musi podjąć lekarz na podstawie obiektywnej oceny faktów, z zastrzeżeniem pełnej odpowiedzialności za swój wybór.

Uwaga! W przypadku, gdy proces leczenia już się rozpoczął lub jest kontynuowany, prawo daje lekarzowi możliwość odstąpienia od dalszego leczenia. Do obowiązków lekarza, który nie chce kontynuować procesu leczniczego należy:

- zawiadomienie o zamiarze odstąpienia od leczenia pacjenta, a w przypadku osób małoletnich i ubezwłasnowolnionych przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego chorego. Zawiadomienie o odstąpieniu od leczenia musi nastąpić odpowiednio wcześniej, aby pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny mógł znaleźć innego lekarza lub inny zakład opieki zdrowotnej w celu kontynuowania leczenia. Jeśli lekarz nie udzieli informacji o zamiarze przerwania leczenia odpowiednio wcześniej, w wyniku czego nastąpiła w procesie leczenia przerwa skutkująca pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, lekarz może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną pacjentowi (art. 38 ust. 2 UoZL),
- wskazanie innego lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej, w którym pacjent będzie mógł uzyskać podobne świadczenie (art. 38 ust. 2, UoZL),
- odnotowanie faktu odstąpienia od rozpoczęcia lub kontynuowania leczenia w dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku, gdy lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby odstąpienie od leczenia musi zostać poprzedzone uzyskaniem zgody przełożonego (art. 38 ust. 3 UoZL). Na uwagę zasługuje fakt, że lekarz może odstąpić od leczenia, m.in. w przypadku, gdy pacjent nie stosuje się do zaleceń lekarza (np. przyjmuje leki według własnego uznania, przez co przyczynia się do rozstroju zdrowia), obraża lekarza, żąda ordynowania terapii farmakologicznej, która z punktu widzenia konkretnego procesu leczenia jest niewłaściwa).

Szczególnym przypadkiem odstąpienia od wykonania czynności leczniczych jest odmowa wykonania czynności, które są niezgodne z przekonaniem lub światopoglądem lekarza. Zgodnie z art. 39 UoZL lekarz ma prawo do odstąpienia od wykonania świadczeń zdrowotnych, które są niezgodne z jego sumieniem. W przypadku, gdy lekarz wykonuje zawód na podstawie umowy o pracę lub służby, odstąpienie od wykonania czynności leczniczych musi być poprzedzone poinformowaniem o tym fakcie przełożonego. Informacja musi zostać dostarczona przełożonemu na piśmie.

Na odrębną uwagę zasługuje możliwość odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r. (tj. 2007 r., nr 14, poz. 89, ze zm.) zakład

opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Należy jednak podkreślić, że świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 UoZL, objęte zostały stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Za świadczenia zdrowotne wykonywane w sytuacjach nagłych nie zostały natomiast uznane zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak stosowane są u chorych leczonych przewlekłe, którzy wymagają regularnego poddawania się zabiegom medycznym (wyrok Sądu Najwyższego z 4.01.2007 r., sygn. V CSK396/06). Z kolei w wyroku z 11.12.2002 r. (sygn. I CKN 1386/00) Sąd Najwyższy podkreślił, że odmowa wykonania w publicznym ZOZ-ie zabiegu operacyjnego, którego celowość została wcześniej stwierdzona, nie może być dowolną decyzją lekarza. Odmowa wykonania zabiegu wymaga istnienia poważnych powodów stwierdzonych stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. Wyrok SN z 11.12.2002 r. dotyczył pacjenta, który został przyjęty do szpitala i zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego ścięgna zginacza długiego kciuka lewego. Po uzyskaniu informacji na temat sposobu przeprowadzenia zabiegu i jego następstw, pacjent odmówił wyrażenia zgody na zabieg i został wypisany ze szpitala. Po upływie dwóch i pół miesiąca, gdy pacjent zdecydował się na zabieg i zgłosił się do szpitala, odmówiono mu jego wykonania i nie zakwalifikowano go do operacji. W związku z doznaną szkodą pacjentowi zostało przyznane zadośćuczynienie w wysokości 20 tys. zł.

Należy podkreślić, że odmowa leczenia bez poważnych powodów, której skutkiem jest powstanie szkody dla zdrowia, może stanowić podstawę do zasądzenia odszkodowania na rzecz pacjenta. Szkada powinna być w takim przypadku rozumiana nie tylko jako pogorszenie stanu zdrowia, lecz również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, który można było wyeliminować poprzez wykonanie zabiegu.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Zjazdy, gremia i konwenty

Zygmunt Wiśniewski

Polski świat lekarski ma 140-letnią tradycję walnych zgromadzeń dla przedyskutowania aktualnych spraw rozwoju medycyny i bytu własnego środowiska.

Ideę organizacji zjazdów lekarzy polskich rozdzielonych granicami trzech zaborów wysunął w 1861 r. dr Adrian Baraniecki z Krakowa.

Zjazdy polskiego „świata lekarskiego”

Adrian Baraniecki wymyślił ideę organizacji ogólnopolskich zjazdów lekarzy jako *jednego ogniska, gdzie by się zlewały wszystkie prace i skąd by wychodziła każda inicjatywa naukowa*. Chodziło o to, że lekarze polscy, poza prasą, nie mieli forum spotkań i wymiany doświadczeń. Idea Baranieckiego nie mogła być zrealizowana ze względu na wypadki powstania styczniowego 1863 r. i podjęte po jego upadku represje policyjne. Nasiliły się one w Królestwie, zaostriżyła je także administracja pruska. A chodziło przecież o zjazdy lekarzy-Polaków z trzech zaborów.

Ideę dra Baranieckiego podjęło w 1868 r. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, a realizacji podjął się Józef Majer, profesor antropologii i fizjologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Doprowadził on w 1869 r. do zjazdu, który przeszedł do historii jako I Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Takich zjazdów w okresie zaborczym odbyło się jedenaście, w większości w Krakowie i we Lwowie, i tylko jeden w Poznaniu, a żaden, wobec oporu carskich urzędników, w Warszawie. Kiedy wreszcie postanowiono, że Warszawa będzie gościła w 1915 r. uczestników XII Zjazdu – wybuchła wojna światowa.

XII Zjazd odbędzie się w Warszawie, ale dopiero w 1925 r. w Polsce niepodległej.

I to jest najważniejsza tradycja ogólnopolskich spotkań. Zainspirowała ona też spotkania bardziej kameralne i ukierunkowane tematycznie – jak zjazdy lekarzy uzdrowiskowych czy lekarzy prowincjonalnych. Z tej tradycji wywodzą się też zjazdy lekarzy specjalistów.

Kolejna tradycja wiąże się z rozwojem towarzystw lekarskich, które organizowały spotkania regionalne i tematyczne. Można je nazwać rzadko dziś przywoływanym określeniem spotkań „świata lekarskiego”.

W II Rzeczypospolitej

Kiedy ustawą z 2 grudnia 1921 r. sejm powołał w Polsce izby lekarskie, mało precyzyjnie zapisał charakter zgromadzeń lekarzy, zwoływanych w celu przeprowadzenia wyborów.

Izbę lekarską tworzą wszyscy zamieszkali w jej okręgu i zapisani na jej liście lekarze, jako członkowie Izby. (Art. 2)

Członkowie Izby Lekarskiej wybierają stałe przedstawicielstwo – Radę Izby Lekarskiej, której wszelkim zarządzeniom podlegają i która działa w ich imieniu i zastępstwie. (Art. 2)

I najważniejsze postanowienie, które określało charakter gremiów, na których ogół lekarzy miał decydować o swoich sprawach, a więc także dokonywać wyborów: *Dla wspólnych narad nad sprawami, dotyczącymi kilku izb, a mającymi szersze znaczenie dla stanu lekarskiego i spraw zdrowia publicznego Naczelna Izba Lekarska może zwoływać bądź na wniosek Rządu, bądź z własnej inicjatywy lub przynajmniej czterech izb lekarskich – powszechne zjazdy izb lekarskich; dla omówienia spraw, dotyczących poszczególnej dzielnicy Państwa, Naczelna Izba Lekarska może zwołać dzielnicowy zjazd Izb Lekarskich,*

względnie poruczyć zwołanie tegoż jednej z izb danej dzielnicy. Skład, zakres działania oraz sposób zwoływania Zjazdów określi Naczelna Izba Lekarska. (Art. 9)

Ustawowe określenie „powszechne zjazdy izb lekarskich”, które miało być sprecyzowane przez Naczelną Izbę Lekarską, oznaczało w praktyce 20-lecie międzywojennego spotkania gremium 25 (dwudziestu pięciu) przedstawicieli Okręgowych Izb Lekarskich, wybranych przez Rady tych izb i reprezentujących je w składzie Naczelnej Izby Lekarskiej, które można by nazwać konwentem. Gremium to w I kadencji samorządu lekarskiego (1923-25) spotykało się jeden raz do roku dla przyjęcia planu pracy i budżetu oraz w kolejnych kadencjach po raz wtóry dla przedyskutowania spraw merytorycznych.

Były to więc „powszechne zjazdy izb lekarskich”, a nie „powszechne zjazdy lekarzy”. Praktykę tę utrzymała znówelizowana ustawa o izbach lekarskich, którą uchwalił sejm 1 marca 1934 r.

Gremium przedstawicieli okręgowych izb lekarskich stanowiło Radę NIL, która wybierała ze swego grona Zarząd. W ustawie nie było pojęcia „Naczelnej Rady Lekarskiej” i gremium takie w samorządzie lekarskim funkcjonującym według ustaw z 1921 i 1934 r. nie istniało.

W tym miejscu zasadne wydaje się pytanie, w jaki sposób bez zjazdów osiągnąć kworum w czasie wyborów izbowych. Po pierwsze – nie było wymogu procentowego gremium głosującego, a po drugie – uzupełniono je zapisem o II terminie, który następował po niewielkim upływie czasu tego samego dnia.

Dokumentacja historyczna, wobec zniszczenia większości archiwalnych dokumentów stołecznych w roku 1939 i 1944, oparta na publikacjach prasowych, nie pozwala na ocenę stopnia zainteresowania lekarzy wyborami do izb. Widocznie frekwencja był niewystarczająca, skoro w marcu 1934 r. wprowadzono możliwość głosowania korespondencyjnego.

Kiedy w sierpniu 1933 r. ówczesny prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Witold Chodźko podpisał z kierownictwem Kas Chorych tzw. wytyczne do umów lekarzy z Kasami Chorych i popadł w konflikt z większością okręgowych izb lekarskich, dla obrony swego stanowiska zażądał zwołania „zjazdu powszechnego”. Oznaczało to w praktyce

zwołanie dodatkowego spotkania gremium Rady Naczelnej Izby Lekarskiej, złożonego z delegatów izb okręgowych liczącego wówczas 33 (trzydziestu trzech) członków. Do „zjazdu” jednak nie doszło. Chodźko zawiesił swą działalność w NIL, a pracami jej kierował do końca kadencji wiceprezes, prof. Mieczysław Michałowicz.

Po 1945 r., w którym wznowiono działalność izb lekarskich, funkcjonowały one według ustawy z marca 1934 r. W roku 1947 i 1948 zwołano dwukrotnie dodatkowe zjazdy izb lekarskich. Zachowane protokoły tych spotkań potwierdzają, że były to w obu przypadkach spotkania gremiów kilkunastu osób.

W III Rzeczypospolitej

Zjazdy izb lekarskich (okręgowych) i Krajowy Zjazd Lekarzy, a więc formy bezpośredniego udziału licznych przedstawicieli świata lekarskiego w tworzeniu programu i ocenie działalności samorządu zawodowego, z którymi spotykamy się obecnie, mają zaledwie 20-letnią tradycję. Zostały nadane samorządowi lekarskiemu jako uprawnienia dopiero ustawą o izbach lekarskich w 1989 r.

Jak dalece uprawnienia te zdemokratyzowały gremia izb lekarskich niech świadczy przypomnienie pierwszych zjazdów i wyborów z 1989 r.

Ustawodawca związał siedziby okręgowych izb lekarskich z miastami, w których znajdowały się siedziby akademii medycznych. Przy takim założeniu lekarze z Olsztyna i województwa olsztyńskiego powinni znaleźć się w izbie białostockiej lub gdańskiej, ci zaś na swoim zjeździe wojewódzkim wybrali samodzielność. I wygrali – I Krajowy Zjazd Lekarzy potwierdził ich prawo do secesji. Z ich doświadczenia wzięły potem przykład inne okręgowe, niewojewódzkie izby lekarskie.

Przykład drugi. Ustawa przewidywała powołanie branżowej izby lekarskiej dla lekarzy zatrudnionych w MSW. Ci na swoim zjeździe w Muszynie opowiedzieli się za przynależnością do izb tzw. niemundurowych w miejscach pracy i zamieszkania i zdecydowali o rozwiązaniu Izby MSW.

Zjazdy zjazdom nierówne. Do historii mają szansę przejść te, które skorzystały z demokracji samorządowej i wykazały się samodzielnością myślenia ich uczestników.

Data, Nazwa imprezy, Miejsce, Izba, Organizator, Liczba uczestników

- **9.01.** zastępczy 14.02. **XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Biegowym Radziechowy**, Beskidzka IL w Bielsku-Białej, Maciej Pająkowski, 0602-177-857, 20 lekarzy, 10 czł. rodzin
- **10.01.** zast. 17.01. **XI Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy, Drzonków**, OIL Zielona Góra, Józef Safian, 0601-511-361, 25 lekarzy, 30 czł. rodzin
- **30.01.** zast. 6.02. **VIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Śląska Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim – slalom gigant**, Ośrodek Narciarski **Wisła-Stożek**, Beskidzka OIL, Janusz Lewandowski, 0606-235-361, janlewdocor@interia.pl, 60 lekarzy, 20 czł. rodzin
- **12-14.02.** **II Mistrzostwa Lekarzy Podkarpacia w Narciarstwie Alpejskim, Bystre k. Baligrodu**, OIL Rzeszów, OIL Kraków, Maria Szuber, 17-853-58-37, 0608-595-510 Jacek Tętnowski, 0607-240-938, 100 osób, w tym 70-80 lekarzy
- **19-20.02.** **XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, Karpacz**, Dolnośląska IL, Wacław Warzecha, 0603-789-077, 180 osób
- **20.02.** **III Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie, Sandomierz**, Jacek Łabudzki, 0603-914-107, drdlj@op.pl, 20-30 osób
- **4-7.03.** **V Zimowe Igrzyska Lekarskie, Zakopane-Nowy Targ**, OIL Kraków, Maciej Jachymiak, 0606-340-275, Jacek Tętnowski, 0607-240-938, 200 osób
- **5.03.** **X Ogólnopolska Biesiada Literacka**, Klub Lekarza OIL w **Łodzi**, OIL Łódź, Barbara Szeffer-Marcinkowska, 42-683-17-91, 0686-28-10, bsm20@wp.pl, ok. 20 autorów
- **6-7.03.** **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Stołowym, Nowy Targ**, OIL Kraków, Maciej Jachymiak, 0606-340-275, 50 osób
- **10-31.03.** **Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny „Okiem Eskulapa”** (II edycja), Dom Lekarza, Grażyńskiego 49a, **Katowice**, OIL Katowice, Grzegorz Góral, 0606-892-955, 1000 lekarzy, 400 czł. rodzin
- **9-11.04.** **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce**, Centralny Ośrodek Sportu **Szczyrk**, Beskidzka IL w Bielsku-Białej, Klaudiusz Komor, 0608-365-164, 10 drużyn, ok. 80-90 osób, 30 czł. rodzin
- **16-18.04.** **III Ogólnopolski Jurajski Złot Motocyklistów**, OIL Częstochowa, Mariusz Malicki, 0600-064-818, Rita Idziak, 34-368-18-88, 180 osób, 30 czł. rodzin
- **17.04.** zastępczy 24.04. **III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim, Władysławowo**, Beskidzka IL w Bielsku-Białej, Klaudiusz Komor, 0608-365-164, 25 lekarzy, 10 czł. rodzin
- **22-24.04.** **VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu „Dębica 2010”**, **Dębica**, OIL Rzeszów, Janusz Bieniasz, Dębica 014-670-52-61, 0604-090-587, Lesław Ciepiela, Dębica 0602-758-441, 80 osób, w tym 50-60 lekarzy
- **24.04.** **IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Duathlonie, Istebna, Zaozlie**, Janusz Lewandowski, 0606-235-361, 30 lekarzy, 10 czł. rodzin
- **6-9.05.** **Festiwal „Ave Maria”, Czeladź, Będzin, Sosnowiec**, OIL Katowice, Maciej Hamankiewicz, 0692-457-329, 1500 lekarzy, 1000 czł. rodzin
- **13-16.05.** zastępczy 20-23.05. **X Mistrzostwa Polski Lekarzy i Turniej Rodzin Lekarskich w Szachach, Katowice, Ustroń**, OIL Katowice, Jerzy Pabis
- **14-16.05.** zastępczy 21-23.05. **VIII Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie, Częstochowa**, OIL Częstochowa, Lesław Rudziński, 0601-913-381, Rita Idziak, OIL Częstochowa, 100 osób, 30 czł. rodzin
- **15.05.** zastępczy 22.05. **IX Puchar Mazowsza Medyków w Strzelectwie Sportowym**, Lech Dziedzic, 0602-778-317, Konrad Kasprowicz, 0606-120-892, Radek97@poczta.fm, 30 lekarzy, 40 czł. rodzin
- **22-23.05.** zastępczy 29-30.05. **IX Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy**, OIL Częstochowa, Tomasz Klimza, 0691-488-383, Rita Idziak, 180 osób, 80 czł. rodzin
- **23.05.** zastępczy 30.05. **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wieloboju Lekkoatletycznym**, Stadion WOSiR w **Zielonej Górze**, OIL Zielona Góra, Maciej Cerbiński, 0601-790-707, Ryszard Choroś, 40 lekarzy, 60 czł. rodzin
- **23-28.05.** **VIII Ogólnopolska Wystawa Malarska Lekarzy**, Klub Lekarza ORL w **Łodzi**, ul. Czerwona 3, OIL Łódź, Andrzej Świąś – przew. Komisji Kultury ORL w Łodzi, 42-683-17-91, 50 lekarzy
- **29-30.05.** zastępczy 5-6.06. **Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej Szescioosobowej, Łódź**, OIL Łódź, Mariusz Maroszyński, 0504-121-832, Łukasz Rajchert, 0501-418-718, 120-130 lekarzy, 30-50 czł. rodzin

- **31.05.** **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu na 10 km, Bielsko-Biała**, Beskidzka IL w Bielsku-Białej, Maciej Pająkowski, 0602-177-857, 30 lekarzy, 10 czł. rodzin
- **maj**, zastępczy czerwiec. **III Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Golfie, Wierzchowska**, OIL Lublin, Artur Czekierdowski, 0606-118-922, 81-53-296-08, 70 lekarzy, 50 czł. rodzin
- **czerwiec**, zastępczy wrzesień. **X Plener Malujących Lekarzy**, OIL Warszawa, Włodzimierz Cerański, 0602-121-884, 20 lekarzy
- **3-6.06.** **XX Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie, Kraków**, OIL Kraków, Marcin Wroński, Jacek Tętnowski,
- **4-6.06.** **VII Mistrzostwa Izby Lekarskiej w Żeglarskim, Szczecin – Jezioro Dąbskie**, OIL Szczecin, Halina Teodorczuk, 0604-416-864, Kamila Sidor, OIL, 091-487-49-36, 48 lekarzy, 30 czł. rodzin
- **10-13.06.** **IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej, Niechorze**, OIL Szczecin, Maciej Mroźewski, 91-461-22-51, 069-354-3211, Maciej Lewandowski, 0606-980-888, Cezary Sierżant, 0605-575-499, 80 lekarzy, 30-40 czł. rodzin
- **11.06.** **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym, Bychawa**, OIL Lublin, Krzysztof Matras, 0605-084-016, Mariusz Trus, 120 lekarzy, 30 czł. rodzin
- **12.06.** **VIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym, Zbiornik Kruki k. Oświęcimia**, Beskidzka IL w Bielsku-Białej, Klaudiusz Komor, 0608-365-164, kkomor@op.pl, 40 lekarzy, 20 czł. rodzin
- **13.06.** **IV Półmaraton Rolkarski „Mała Dylewska”, Klonowo gm. Ostróda**, OIL Warszawa, Radosław Szalc, 0604-773-458, radesz@wp.pl, www.maladylewska.pl, 2-10 lekarzy, 20 czł. rodzin
- **18-20.06.** zastępczy 25-27.06. **Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego dla Lekarzy, Lublin**, OIL Lublin, Andrzej Semczuk, 0601-715-700, 100 osób, 30 czł. rodzin
- **18-20.06.** **X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie, Binowo**, OIL Szczecin, Kamila Sidor OIL Szczecin, Maciej Mroźewski, 0693-543-211, 91-461-22-51, mrozewska@02.pl, 80-90 lekarzy, 30-40 czł. rodzin
- **czerwiec-wrzesień.** **VII edycja Akcji Lato „Stomio-Grecja”**, OIL Kraków, Jacek Tętnowski, 0607-240-938, drjacek@su.krakow.pl, ok. 300 osób
- **24-26.06.** **I Ogólnopolski Koncert Chórów OIL**, Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie, Aleksandra Bakun, 0502-071-853, 70 lekarzy
- **27.06.** zastępczy 13.06. **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy i Pracowników Ochrony Zdrowia w Ringo, Słupsk lub Warszawa**, OIL Warszawa, Krystyna Anioł-Strzyżewska, 0600-362-792, dom 22-638-87-15, praca 22-864-91-30, 60 lekarzy, 50 czł. rodzin
- **31.07.-8.08.** **Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2010”**, **Muczne k. Ustrzyk Górnych**, OIL Rzeszów, Maria Szuber, Alfred Orłowski, 0607-365-537, 140 osób, w tym 80-100 lekarzy
- **21.08.** **II Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie, Sandomierz**, Jacek Łabudzki, 0603-914-107, 20-30 osób
- **27-29.08.** **VI Ogólnopolski Motocyklowy Złot Lekarzy, Pabianice k. Łodzi**, OIL Łódź, Włodzimierz Dłużyński, 0601-803-771, Marcin Dłużyński, 0691-758-627, 180 lekarzy, 80 czł. rodzin
- **1-szy weekend września.** **XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim Osie nad Wdą, Osie nad Wdą**, woj. kujawsko-pomorskie, Bydgoska IL, Marek Jedwabieński, 0663-333-377, jedmar@ozzl.org.pl, Witold Hryniewicz, 0602-432-892, 80 lekarzy, 150 czł. rodzin
- **2-5.09.** – zastępczy 9-12.09. **XX Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy, Giżycko, Port „Almatur”, jezioro Kisajno**, Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie, Bogdan Kula, 0607-229-601, kula_ol@poczta.pl, 80 lekarzy, 50 czł. rodzin
- **6-12.09.** **Mistrzostwa Świata Lekarzy w Kolarstwie, Zakopane-Nowy Targ**, OIL Kraków, Maciej Jachymiak, 0606-340-275, 200 osób
- **8-12.09.** **VIII Igrzyska Lekarskie, Zakopane – Nowy Targ**, OIL Kraków, Maciej Jachymiak, 0606-340-275, Jacek Tętnowski, 0607-240-938, 800 osób
- **18.09.** **X Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym, Toruń/Bydgoszcz**, OIL Warszawa, Aleksander Skop, 0604-267-343, skalek@poczta.onet.pl, 20-25 lekarzy, 10 czł. rodzin
- **18.09.** zastępczy 25.09. **Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB** i będzie to **IX Ogólnopolski Maraton MTB Lekarzy Michałki 2010, Wieluń**, OIL Kraków, Tomasz Kaczmarek, 0672-561-550, 50 lekarzy, 20-30 czł. rodzin
- **18.09.** **XIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie w Gnieźnie, Gniezno**, Wielkopolska IL w Poznaniu, Wojciech Łącki, 0602-244-817, wojciechlacki@poczta.onet.pl, 60 lekarzy
- **19.09.** – zastępczy 12.09. **XIV Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy**, Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 19 w **Zielonej Górze**, OIL Zielona Góra, Józef Safian, 0601-511-361, 30 lekarzy, 30 czł. rodzin

- **24-26.09.** zastępczy 1-3.10. **Międzynarodowe Mistrzostwa Lekarzy w Piłce Nożnej Szescioosobowej, Łódź**, OIL Łódź, Mariusz Maroszyński, 0504-121-832, Łukasz Rajchert, 0501-418-718, 300 lekarzy, 100 czł. rodzin
- **10.10.** **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie w Poznaniu, Poznań**, Wielkopolska IL w Poznaniu, Wojciech Łącki, 0602-244-817, wojciechlacki@poczta.onet.pl, 120 lekarzy
- **22-24.10.** **XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym, Warszawa**, OIL Warszawa, Krzysztof Makuch, 0608-200-190, Aleksander Skop, 0604-267-343, 30-40 lekarzy, 10-15 czł. rodzin
- **24-29.10.** **Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim”, Łódź**, OIL Łódź, Komisja Kultury ORL w Łodzi, 042-683-17-91, biuro@oil.lodz.pl, ok. 40 lekarzy
- **listopad.** **XVI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2010”, Mielec**, OIL Rzeszów, Zbigniew Bober, 0508-202-626, 16 drużyn 10-osobowych
- **11-13.11.** **XIII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym, Pabianice k. Łodzi**, OIL Łódź, Janusz Malarski, 0501-113-211, Adam Jakubowski, 0604-121-360, 80 lekarzy, 30 czł. rodzin
- **20-26.11.** **Wystawa Fotograficzna „Portret, codzienność, natura”, Kraków**, OIL Kraków, Andrzej Goszcz, 0601-417-000, ag7777@wp.pl, Jacek Tętnowski, 0607-240-938, 60 lekarzy
- **9-12.12.** **XI Międzynarodowy Festiwal Muzyki Adwentowej i Kolędowej w Pradze, Praga**, Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie, Aleksandra Bakun, 0502-071-853, 30 lekarzy
- **styczeń-przez cały rok.** **Nauka gry w golf** (teoria i praktyka) przez Internet, „Inter-Golf dla wszystkich”, OIL Warszawa, Ryszard Majkowski, 0602-12-083, Emil Wójcik – trener, nieograniczona liczba osób
- **styczeń-czerwiec.** **Kurs na „Zieloną Kartę”** – uprawnienia do przystąpienia do egzaminu (bez opłaty egzaminacyjnej), OIL Warszawa, Ryszard Majkowski, 0602-121-083, Emil Wójcik – trener, 300 lekarzy
- **listopad-marzec** I grupa; **marzec-czerwiec** II grupa. **ABC Golfa** – kurs wprowadzający, OIL Warszawa, Ryszard Majkowski, Emil Wójcik – trener, 300 lekarzy
- **maj-czerwiec.** **„Golf dla wszystkich”, Józefów**, OIL Warszawa, Ryszard Majkowski, Emil Wójcik – trener, 500 lekarzy
- **czerwiec, październik.** **Organizacja koncertu przez Muzyczny Zespół Kameralny WIL**, Wielkopolska IL w Poznaniu, Katarzyna Bartz-Dylewicz
- **Dyskusyjny Klub Filmowy, Katowice**, Dom Lekarza, Grażyńskiego 49a, OIL Katowice, Wojciech Bednarski, 0606-367-296, 240 + 11 lekarzy, 60 + 11 czł. rodzin
- **Wyjazdy krajowe i zagraniczne**, Klub Globtrotera, Dom Lekarza, Grażyńskiego 49a, **Katowice**, OIL Katowice, Maciej Hamankiewicz, 0692-457-329, 50 lekarzy, 30 czł. rodzin

Ogłoszenia sportowe

Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w Częstochowie

OIL w Częstochowie zaprasza na Ogólnopolski Turniej Tenisa Ziemnego Lekarzy w dn. **14-16.05.2010 r., na obiekcie Częstochowskiego Klubu Tenisowego „Victoria” przy ul. 3 Maja obok Jasnej Góry**. W drugi dzień turnieju odbędzie się towarzyski „wieczór hiszpański” przy grillu. Opłata za udział: 100 zł – lekarze, których wiek nie przekracza 35 lat, emeryci; 150 zł – członkowie Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy; 180 zł – lekarze nie zrzeszeni w PSTL. Wpłaty na konto do 30.04.2010 r.: BRE Bank S.A Oddział Częstochowa nr: 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, tytułem: Tenis 2010. **Zgłoszenia: Lesław Rudziński, tel. 0601-91-33-81, Rita Idziak, tel. 34-368-18-88, faks 34-365-41-20.**

Złot Lekarzy Motocyklistów

W dn. **16-18.04.2010 r. w Poraju w ośrodku „Leśna Radość”** odbędzie się inauguracja sezonu motocyklowego – III Ogólnopolski Jurajski Złot Lekarzy-Motocyklistów, przy współorganizacji OIL w Częstochowie. Złot będzie połączony z ogólnopolskim rozpoczęciem sezonu motocyklowego na „Jasnej Górze” w Częstochowie **18.04.2010 r.** Lekarzy i lekarzy dentystów zainteresowanych udziałem prosimy o kontakt z biurem, **tel. 34-368-18-88. Lekarski Klub Motocyklowy DoktorRiders** zaprasza na swoją stronę: **www.doctorriders.oil.lodz.pl**

Tenis w Pabianicach

91 tenisistów i tenisistek wzięło udział w rozegranych w dn. 9-7 XI 2009 r. w Pabianicach XII Halowych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie.

Zawody zorganizowała OIL w Łodzi przy współudziale NIL i Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy. Mistrzostwa stały na bardzo wysokim sportowym poziomie, gry turniejowe odbywały się od rana aż do późnych godzin nocnych. Mistrzami Polski zostali: panie: **A. Widziszowska** (Gliwice) – kat. do 45 lat, **K. Drzewiecka-Bieleś** (Cieszyn) – kat. + 45 lat, **B. Kędzierska** i **A. Widziszowska** (gra podwójna pań) oraz panowie: **K. Ciepliński** (Łódź) – kat. do 35 lat), **G. Styczyński** (Warszawa) (kat. 35-45 lat), **M. Wroński** (Kraków) – kat. 45-50 lat, **Bogusław Rataj** (Łódź) – kat. 50-55 lat, **Zdzisław Hryniewicz** (Białystok) – kat. 55-60 lat. Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie odbędą się na początku czerwca w Krakowie. Pełne wyniki mistrzostw oraz aktualne informacje na temat działalności Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (rankingi, wyniki rozegranych turniejów, historia stowarzyszenia) na stronie **www.pstl.org**

Jacek Kowal, Alek Micał



X Jurajski Rajd Rowerowy Lekarzy

OIL w Częstochowie zaprasza na kolejny rajd po Jurze. Rozpoczęcie w **sobotę 22.05.2010 r.** Wyjazd na trasy rowerowe z ośrodka „Orle Gniazdo Hucisko” o godz. **10.00**. Przygotowano dwie trasy: 20 i 50 km. Obydwie wybrane ze szczególnym zwróceniem uwagi na walory widokowe i rekreacyjne. Każda będzie pilotowana przez przewodnika PTTK. Zakończenie ok. godz. 17.30 spotkaniem integracyjnym na terenach piknikowych ośrodka w Hucisku. W niedzielę 23.05.br. zwiedzanie **klasztoru na Jasnej Górze**, o godz. 12.00. Koszt uczestnictwa w rajdzie, pikniku i wstępu do klasztoru – 60 zł dla dorosłych i 30 zł dla dzieci. Uczestnicy rajdu mogą zarezerwować noclegi w Ośrodku Wypoczynkowym „Orle Gniazdo Hucisko” **www.orlegniazdo.pl**. Pokój 3-osobowy – 260 zł/pokój/doba, pokój 2-osobowy – 190 zł/pokój/doba, pokój 2-osobowy do pojedynczego wykorzystania – 150 zł/pokój/doba, apartament – 360 zł/doba. Aby zarezerwować pokój, należy dokonać przedpłaty w wysokości 100 zł, doliczając ją do opłaty za udział w rajdzie i przekazać przelewem na konto OIL w Częstochowie, nr 82-1140-1889-0000-2433-3300-1001, BRE Bank Oddział w Częstochowie, tytułem: udział w rajdzie (liczba) osób. **Potwierdzenie wpłaty należy przesłać faksem na nr 34-365-41-20.** Wpłaty można dokonać również osobiście w **biurze OIL, ul. Zajęzka 5 w Częstochowie**. Informacje: **Rita Idziak, tel. 34-368-18-88, e-mail: poczta@cil.finn.pl, czestochowa@hipokrates.org; Tomasz Klimza, tel. 0691-48-83-83.**

sport@gazetalekarska.pl

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2010)

EVMACO i Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

- **9.01.** Warszawa, hotel Sofitel Victoria. PTD zaprasza na konferencję *Nowości w cukrzycy*. 8 pkt. edukac., www.nowosciwcu-krzycy.evmaco.pl
- **23.01.** Warszawa, hotel Hyatt. PTD zaprasza na konferencję *GLP-1 i terapie oparte o inkretyny – przełom w leczeniu cukrzycy typu 2*. 7 pkt. edukac., www.inkretyny.evmaco.pl
- **9-11.04.** Gdańsk, Polska Filharmonia Bałtycka. Sekcja Pediatryczna PTD i PTD zapraszają na *XII konferencję cukrzycy typu 1*. 18 pkt. edukac., www.12konf-polpediab.evmaco.pl
- **13-16.05.** Karpacz, hotel Gołębiowski. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii w Zabrze SUM w Katowicach i Katedra oraz Klinika Chorób Metabolicznych CM UJ i PTD zapraszają na *V Karpacką Konferencję Diabetologiczną*.

Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 012-429-69-06, www.vkkd.evmaco.pl

Dolnośląska Szkoła Ultrasonografii

- **12-15.01.** *Diagnostyka USG jamy brzusznej* – szkolenie podstawowe
 - **25-27.01.** *Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA* – kurs doskonalący
- 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, www.usg.webd.pl

Mazurska Szkoła USG i Ginekologii

- **26-27.02.** *Doppler w ginekologii i położnictwie*
- **10-13.03.** *USG w ginekologii i położnictwie dla zaawansowanych*
- **21-26.03.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*. Teoria i praktyka
- **8-10.04.** *Diagnostyka prenatalna (11-13 tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu*
- **15-17.04.** *Patologia ciąży*
- **9-14.05.** *USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących*. Teoria i praktyka
- **13-15.05.** *Choroby sutka z elementami diagnostyki USG*

W dn. 5-7.05.2010 r. odbędzie się w Popowie kolejna, XX Konferencja „Anestezjologia i Intensywna Terapia pierwszej dekady”, ostatnia organizowana przez prof. dr. hab. med. Jacka Jastrzębskiego. Tematy:

1. *Wstrząs septyczny – zaburzenia krzepnięcia, racjonalna antybiotykoterapia.*
2. *Leczenie bólu przewlekłego – neuralgia popółpaścowa, neuralgia nerwu trójdzielnego, przewlekłe zapalenie trzustki, guzy nowotworowe trzustki.*
3. *Pierwotne a wtórne zapalenie płuc, diagnostyka, zasady terapii.*
4. *Zakażenie szczepami wieloopornymi w OIT.*
5. *Niewydolność oddechowa u oparzonych (bronchoskopia, BAL).*
6. *Ból pooperacyjny.*
7. *Identyfikacja nerwów i splotów (zajęcia praktyczne).*

Konferencja przeznaczona dla ordynatorów i ich zastępców, a także specjalistów II° w anestezjologii i intensywnej terapii. Możemy przyjąć tylko 160 osób. Za udział w konferencji przyznajemy 20 pkt. edukac. Informacje: tel. 22-625-02-53, 22-58-41-220, faks 22-58-41-342. Zgłoszenia do 1.03.2010 r. na adres: Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii CMKP SPSK 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231. Koszt 750,00 zł brutto (zakwaterowanie, wyżywienie, bankiet i materiały). Cena ta obowiązuje do 1.03. 2010 r., po tym terminie opłata będzie wynosić 820,00 zł. Uczestnicy sponsorowani +22% VAT. Decydować będzie kolejność zgłoszeń i wpłat. Wpłaty na konto Fundacji: Fundacja na Rzecz Bezpiecznego Znieczulenia, 02-062 Warszawa, ul. Zimorowicza 3 m. 3, ING BŚ O/Warszawa, Nr 06 1050 1054 1000 0005 0149 6913.

- **20-22.05.** *Kolposkopia dla początkujących*
 - **10-12.06.** *Poradnictwo seksuologiczne i antykoncepcyjne*
- Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804.

Roztoczańska Szkoła Ultrasonografii

- **26-28.02.** *Postępy w diagnostyce USG chorób wątroby, trzustki, żóładka i jelit* – kurs doskonalący
- **28.02.-5.03.** *Diagnostyka USG w medycynie ratunkowej*
- **23-27.03.** *Diagnostyka dopplerowska we flebologii. Aspekty diagnostyczno-kliniczne*
- **11-16.04.** *Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie*
- **5-9.05.** *Diagnostyka i leczenie chorób proktologicznych*
- **14-16.05.** *Ultrasonografia w hematologii i dziecięcej* – kurs doskonalący

Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

- **5-6.03.** Poznań. VII Ogólnopolskie Repetytorium **Pulmonologiczne**. Coroczna ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa dla **lekarzy rodzinnych, internistów i pulmonologów** o tematyce pulmonologicznej i interdyscyplinarnej. 15 pkt. edukac. Zapisy do 15.02.2010. Opłata: 150 zł, lekarze do 30 r. ż. i emeryci 75 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”. Zgłoszenia: formularz rejestracyjny na stronie Kliniki: www.pulmonologia-um-poznan.pl pod odnośnikiem Konferencja-Formularz zgłoszeniowy, e-mail: repetytoriumpoznan@poczta.fm, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-7061. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego 84, tel. 061-854-93-95, tel./faks 061-841-7061, www.pulmonologia-um-poznan.pl pod odnośnikiem Konferencja.

- **5-6.03.** Łódź. IX Łódzkie Warsztaty **Psychogeriatryczne** organizowane przez Klinikę Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych UM w Łodzi. Temat przewodni: *Psychogeriatria. Jak leczyć skutecznie i bezpiecznie?* Informacje: Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych, 92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10, tel. 42-675-73-72, faks 42-675-77-29, e-mail: klinika1@tlen.pl, klinika1@o2.pl, psychogeriatrya@csk.umed.lodz.pl lub na stronie konferencji: <http://www.csk.lodz.pl/geriatria/>

- **6.03.** Instytut **Dermatologii** w Krakowie. Praktyczny Kurs *Testy płatkowe: techniki wykonania i zasady interpretacji*, 12 edycja. Informacje i zapisy: <http://www.medukacja.biz>

- **6-10.03., 12-16.06.** Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: Michał Kulej, www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, tel./faks 18 201-24-17, 0609-999-000, SONO-MEDICUS 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c.

Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „OBRAZ”

- **18.03.** *Ultrasonografia dopplerowska przetok dializacyjnych*
 - **25-28.03.** *USG w pediatrii* – typ podstawowy
 - **8-11.04.** *USG doppler naczyń obwodowych* – typ podstawowy
 - **15-18.04.** *Echokardiografia* – typ podstawowy
 - **22-25.04.** *USG gruczołu piersiowego* – typ podstawowy
 - **7-8.05.** *USG doppler naczyń obwodowych* – typ doskonalący
 - **7-8.05.** *USG jamy brzusznej* – typ doskonalący
 - **13-16.05.** *USG jamy brzusznej*
 - **20.05.** *USG doppler przetok dializacyjnych*
 - **21-22.05.** *USG narządów powierzchownych szyi (tarczycza, węzły chłonne, ślinianki)*
 - **27-30.05.** *Echokardiografia* – typ podstawowy
 - **10-13.06.** *USG doppler w neurologii TCD TCCD*
 - **11-13.06.** *Echokardiografia dziecięca*
- Informacje: Wielkopolska Szkoła Diagnostyki Obrazowej „OBRAZ”, tel. 61-657-94-63, 0603-762-041, faks 61-282-36-08.

- **19-28.03.** **USG w ortopedii** – poziom zaawansowany, Włochy, Val di Sole Informacje: CEDUS, 02-594 Warszawa, tel./faks 22-646-40-55.

- **23.04.** Warszawa. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Oddział Immunologii, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Sekcja Wakcynologii Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej organizują sympozjum: **Szczepienia Ochronne. Program Szczepień Ochronnych – nowe kierunki zmian; Bezpieczeństwo szczepień; Okrągły stół: profilaktyka zakażeń pneumokokowych** – wykład dr H. Konradsen z Statens Serum Institut, Kopenhaga; *Szczepienia w chorobach autoimmunizacyjnych; Grypa sezonowa i A/H1N1*. Uczestnicy sympozjum otrzymują pełny zestaw materiałów naukowych. Opłatę w wysokości 100 zł za udział w sympozjum należy wpłacić na konto: ZYCHORA – Lipke Małgorzata, ul. Pińczowska 2, 04-925 Warszawa, Bank Zachodni WBK SA 33 10901753 0000 0000 7403 0966, z dopiskiem „Szczepienia Ochronne”. Prosimy o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa. Organizator: prof. dr hab. med. Ewa Bernatowska, Oddział Immunologii, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. 22-815-18-75, e-mail: oddzial.immunologia@czd.pl

- **20-23.05.** Wojskowy Zespół Wypoczynkowy „Delfin” w Juracie. Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej (Sekcja Immunotoksykologii i Immunomodulacji oraz Oddział Warszawski PTIDiK), Katedra Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej UW-M w Olsztynie oraz Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej, Centrum Biostruktury, UM w Warszawie organizują VI Konferencję Naukowo-Szkoleniową „**Aktualne problemy profilaktyki, diagnostyki i terapii chorób zapalnych, infekcyjnych i nowotworowych**”. Informacje: Katedra Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, ul. Oczapowskiego 13, 10-957 Olsztyn-Kortowo, tel. 89-523-32-17, 89-523-39-17, 0695-123-011, e-mail: brandu@uwm.edu.pl; siwicki@uwm.edu.pl; stenia@uwm.edu.pl, mgr Ewa Szczucińska, dr Roman Wójcik; przewodniczący Komitetu Organizacyjnego prof. Andrzej K. Siwicki i prof. Ewa Skopińska-Różewska, 0695-123-011, eskop@wp.pl

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Imprezy różne

Narty w Alpach Francuskich

Komisja Kultury, Sportu i Turystyki OIL w Warszawie zaprasza lekarzy z całej Polski na narty w Alpy Francuskie **w marcu 2010 r.**; wyjazd 8-dniowy (7 dni na nartach) do La Plagne. Samolot z Warszawy, zakwaterowanie w hotelu apartamentowym wysoko w górach, w bezpośrednim sąsiedztwie wyciągów i tras narciarskich. Dwupokojowe apartamenty przewidziane są dla 4-5 osób: łazienka, WC i dobrze wyposażona kuchnia. Cena od ok. 2200 zł/os. Tereny narciarskie to setki km tras różnej trudności i dziesiątki wyciągów: gondolowe, krzeselkowe i orczykowe. Informacje i zgłoszenia: **OIL w Warszawie, praca68@oil.org.pl lub bezpośrednio do organizatora: kwatour@op.pl**

Wyjaśnienie

W opublikowanym w „GL” nr 11/2009 artykule dr. Erazma Barana pt. „Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii 1938-2009” wkraść się błędny zapis – na str. 36 winno być: na Wzgórzach Wuleckich, a na str. 37: XIII Zjazd (Kraków 2004). Autora i Czytelników przepraszamy. Red.

Zjazdy koleżeńskie

Zjazd na 50-lecie absolutorium – AM w Warszawie (1954-59)

W 50 rocznicę ukończenia studiów planujemy zjazd absolwentów AM w Warszawie rocznika 1954-59 (starosta Marian Patrzalek), w sobotę **15.05.2010 r.** Odnowienie dyplomów. Przewidywany koszt udziału ok. 150 zł. Dokładniejsze informacje o szczegółach organizacyjnych podamy w terminie późniejszym. Bardzo prosimy o wcześnie zgłaszanie chęci udziału w zjeździe (o ile możliwe 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, 05-400 Otwock, ul. Reymonta 71F m. 1, tel. 22-841-08-61 lub e-mail: absolwent1959@gmail.com**. Pozdrawiamy, Marianna Głogowska, Andrzej Marynowski

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1955-60

Zjazd koleżeński Wydziałów: Ogólnolekarskiego, Pediatrycznego i Stomatologicznego AM w Warszawie, rocznik 1955-60 odbędzie się w **sobotę 29.05.2010 r.**, w 50 rocznicę absolutorium. Program: godz. 9.00 – Msza św. w kościele SS. Wizytek w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 30, godz. 11.00 – uroczyste spotkanie z Władzami Uczelni w Rektoracie WUM w Warszawie, Al. Żwirki i Wigury 61 (autobus 175), godz. 14.00 – wspólny obiad w Restauracji La Cantina w Warszawie, ul. Nowy Świat 64 (autobus 175), godz. 16.00 – zakończenie zjazdu. Zgłoszenia z podaniem imion, nazwisk(a), kodu, adresu, tel., wydziału kierować do sekretarza zjazdu kol. **Mieczysława Śmiałka, 04-143 Warszawa, ul. Kordeckiego 4**. Opłatę zjazdową w wysokości 200 zł należy przekazać na konto OIL, Warszawa ul. Grójecka 65 A, Bank ING Śląski: 63 1050 1041 1000 0022 8948 8475, do 31.03.2010 r. Konieczna wcześniejsza rezerwacja noclegów w pokojach gościnnych: Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego – tel. 22-559-13-00 i 22-559-13-24. Prosimy przyjaciół kolegów przebywających za granicą o powiadomienie ich o zjeździe. **Komitet Organizacyjny Zjazdu: przewodniczący Krzysztof Bieliński, tel. 0602-256-329, sekretarz Mieczysław Śmiałek, tel. 0501-076-024, 22-610-79-95.**

Absolwenci AM w Krakowie, rok 1963

Uwaga, absolwenci AM w Krakowie z roku 1963! **29.05.2010 r.** organizujemy kolejny zjazd koleżeński naszego roku – ostatni przed pięćdziesięcioleciem! *Informacje jak zawsze Jan Kołodziej i Jerzy Kulikowski, jkulikowski@interia.pl*. Szczegóły wysłamy wiosną 2010.

AM W Lublinie, rocznik 1974-80

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM w Lublinie (rocznik 1974-80) odbędzie się **15.05.2010 r. w Kazimierzu Dolnym n. Wisłą w Zajeździe Piastowskim**. Całkowity koszt 400 zł od osoby. Zgłoszenia uczestnictwa i wpłaty na konto nr 55 1750 0012 0000 0000 0578 1477 do 28.02.2010 r. Panie prosimy także o podanie nazwiska panieńskiego. Informacje: **Andrzej Borzęcki, tel. 81-525-84-02, kom. 516-045-517, e-mail: andbo5@wp.pl**

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNCIE

www.absolventus.pl

SERWIS POMÓŻE PAŃSTWU ZORGANIZOWAĆ ZJAZD ABSOLWENTÓW. PRZYJAZNY UKŁAD I ERGONOMICZNA BUDOWA UMOŻLIWIAJĄ SZYBKIE WYSZUKANIE INFORMACJI ORAZ DODANIE INFORMACJI O NOWYM ZJEŹDZIE.

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

50-011 Wrocław, ul. Kościuski 29, tel. 71-330-61-61. Zamówienia:
tel. 42-680-44-09, faks 42-680-44-86, zamowienia@elsevier.com, www.elsevier.pl



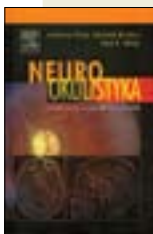
Okulistyka kliniczna

Jacek J. Kański

red. wyd. III polskiego Jerzy Szaflik
Wrocław 2009, str. 1000

Tłumaczenie 6 wydania. Pierwsze wydanie ukazało się w 1984 r. i od razu stało się podstawowym podręcznikiem wiedzy okulistycznej dla lekarzy specjalistów i rezydentów na całym świecie. Obecne w dużym stopniu zostało zmienione i poszerzone o nowy materiał. Zwiększono liczbę ilustracji.

Dodano materiały omawiające badania kliniczne, metody diagnostyki obrazowej, anomalie wrodzone i choroby wywołane stosowanymi lekami. Położono nacisk na zrozumienie patogenetyz chorób i po raz pierwszy dodano obrazy histologiczne.

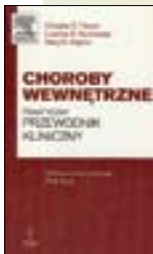


Neurookulistyka

Anthony Pane, Michael Burdon, Neil R. Miller

red. wyd. I polskiego Damian Czepita
Wrocław 2009, str. 406

Przewodnik adresowany do lekarzy okulistów, również nie posiadających specjalizacji z zakresu neurookulistyki i lekarzy stażystów. Może być przydatny w praktyce lekarza neurologa i lekarza rodzinnego. Lekarz okulista znajdzie tu szczegółowe schematy postępowania z pacjentem z objawami: niewyraźnego widzenia, utraty pola widzenia, chwilowej utraty wzroku, obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, podwójnego widzenia, opadania powiek, nierównych źrenic, bólu w okolicy oczodołu.



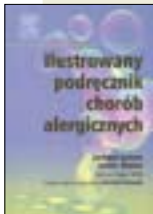
Choroby wewnętrzne. Praktyczny przewodnik kliniczny

Douglas S. Paauw, Lisanne R. Burkholder, Mary B. Migeon

red. wyd. I polskiego Piotr Kuna

T. 1 i 2. Wrocław 2009, str. 745 + skórowidze

Podręcznik zawierający praktyczną wiedzę lekarską, począwszy od podstaw medycyny, klasycznych zasad postępowania z chorymi, zbierania wywiadu, badania przedmiotowego, wnioskowania medycznego, zlecenia i interpretacji badań dodatkowych oraz nowoczesnego leczenia. Dla studentów medycyny rozpoczynających zajęcia kliniczne, lekarzy stażystów, specjalizujących się w dziedzinie chorób wewnętrznych i lekarzy rodzinnych. Również lekarze specjaliści będą mieli okazję odświeżyć swoją wiedzę.



Ilustrowany podręcznik chorób alergicznych

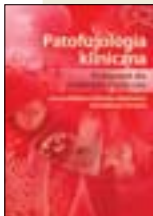
Gerhard Grevers, Martin Röcken

ilustracje Jürgen Wirth

red. wyd. II polskiego Bernard Panaszek

Wrocław 2009, str. 248

Poszerzone i unowocześnione wydanie podręcznika ukazuje aktualny stan wiedzy w alergologii. Zaprezentowano nowe tematy, np. zagadnienia „regulatorowych” limfocytów, cytokin, chemokin, immunoterapii podjęzykowej, alergoidów, mastocytozy i nietolerancji histaminy. Teksty bogato uzupełnione tabelami, schematami i obrazami.



Patofizjologia kliniczna. Podręcznik dla studentów

red. Barbara Zahorska-Markiewicz, Ewa Małecka-Tendera

Wrocław 2009, str. 514

Zrozumienie mechanizmu rozwoju stanów chorobowych i związanych z nimi objawów ułatwia właściwe postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. W podręczniku zintegrowano wiedzę z zakresu nauk podstawowych, stanowi wprowadzenie do problemów klinicznych. Dla studentów uczelni medycznych i lekarzy pragnących uaktualnić swoją wiedzę z zakresu patofizjologii.



EKG. To proste

John R. Hampton

red. wyd. I polskiego Piotr Ponikowski, Artur Fuglewicz

Wrocław 2009, str. 172

Książka ta, nie będąca ani podręcznikiem elektrofizjologii, ani publikacją opisującą EKG, stanowi wprowadzenie w tematykę EKG

dla studentów medycyny, techników, pielęgniarek i paramedyków. Ma uświadomić czytelnikowi, że EKG jest łatwe w zrozumieniu i stanowi istotne uzupełnienie wywiadu i badania fizykalnego. Dla tych, którzy opanują EKG TO PROSTE, a chcieliby bardziej poszerzyć swoje umiejętności przygotowano dwie publikacje: „EKG w praktyce” - wiąże wywiad, objawy fizykalne u chorego z jego EKG; „150 problemów” zawiera opis 150 przypadków klinicznych.

Badanie kliniczne u dzieci. To proste

Denis Gill, Niall O'Brien

Ilustracje Des Hickey

red. wyd. I polskiego Mieczysława Czerwionka-Szaflarska

Wrocław 2009, str. 284

Przewodnik praktycznych umiejętności pediatrii klinicznej, zwięzłe, starannie, a miejscami humorystycznie opisujący badania kliniczne niezbędne przy zajmowaniu się małym pacjentem. Przykłady porównujące zły i prawidłowy wywiad, przykłady właściwego podejścia do dzieci, opisy koniecznych badań w różnym wieku, oceny rozwoju, bardzo szczegółowe omówienie szeregu zjawisk różnej natury występujących przy badaniu dzieci, kontakcie z nimi i ich rodzicami. Przykłady zachowań niemowląt sugerujące występowanie niektórych poważnych chorób takie, które należy potwierdzić badaniami.



Wydawnictwo Lekarskie PZWL

02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 41, tel. 22-695-40-33.

Księgarnia wysyłkowa: tel. 22-695-44-80, infolinia 0801-142-080,

www.pzwl.pl, e-mail: promocja@pzwl.pl

Medycyna sportowa.

Współczesne metody diagnostyki i leczenia

red. naukowa Patrick J. McMahon

red. naukowa tłumaczenia Krzysztof Klukowski

wyd. I, Warszawa 2009, str. 410

Podręcznik akademicki dotowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Napisany przez zespół wybitnych amerykańskich specjalistów pod redakcją cenionego ortopedy. Książka pomyślana tak, aby służyć również jako podręczny poradnik zespołu medycznego pracującego w terenie. Przejrzystość opisane metody diagnozowania, porady praktyczne, solidna porcja nowoczesnej wiedzy, wzbogacona o aktualne piśmiennictwo uzupełniające. Dla studentów medycyny, przyszłych lekarzy sportowych, kierunków fizjoterapia i rehabilitacja oraz wszystkich zaangażowanych w opiekę medyczną nad osobami uprawiającymi sport.



Fitoterapia i leki roślinne w geriatryi

red. naukowa prof. dr hab. n. med. Eliza Lamer-Zarawska

wyd. I, Warszawa 2009, str. 300

Kompilacja fitoterapii osób w wieku starszym. Obszernie omówione surowce do produkcji leków roślinnych, praktyczne wskazówki dotyczące ich stosowania i opisy preparatów dostępnych na rynku. Dla lekarzy i farmaceutów; cenne źródło wiedzy dla studentów obu kierunków.



Powikłania w chirurgii dziecięcej

red. naukowa prof. zw. dr hab. med. Jerzy Czernik

wyd. I, Warszawa 2009, str. 566

Kompleksowe ujęcie problemu powikłań w chirurgii dziecięcej. Wiedza z etiologii, patofizjologii i techniki chirurgicznej, którą należy uwzględnić przy leczeniu pacjentów. Informacje dotyczące rozpoznania, obrazowania i leczenia powikłań pooperacyjnych oraz wskazówki, które pozwolą uniknąć wielu powikłań. Dla chirurgów, pediatrów, lekarzy rodzinnych i studentów medycyny.



Choroby skóry

Anna Zalewska-Janowska, Honorata Błaszczyk

seria: *Praktyka Lekarza Rodzinnego* (wyd. pod patronatem

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce)

wyd. I, Warszawa 2009, str. 160

Autorki: dermatolog i lekarz rodzinny, opisały czynności diagnostyczne i terapeutyczne z zakresu dermatologii, które mogą podejmować w swoich gabinetach lekarze rodzinni. Bogaty materiał ilustracyjny (ponad 200 kolorowych rycin) oraz systematyczne ujęcie elementów najistotniejszych dla obrazu klinicznego i różnicowania objawów pomagają w dokonaniu właściwego rozpoznania i podjęciu leczenia lub skierowaniu pacjenta do specjalisty.



α-medica Press

43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 33-816-90-79, faks 33-828-13-72,
e-mail: poczta@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Korekcja wad wzroku - procedury badania refrakcji

dr n. med. Andrzej Styszyński

wyd. II poprawione i uzupełnione

Bielsko-Biała 2009, str. 304, cena 69,00 zł

Współwydawcą książki jest Krajowa Rzemieślnicza Izba Optyczna. Autor przedstawia zasady i procedury badania wad wzroku z uwzględnieniem zaburzeń widzenia obuocznego, a szczególnie heteroforii. Jest to zwięzły przewodnik, który pomaga w nabyciu elementarnych umiejętności korygowania wad wzroku. Dla studentów optyki okularowej i pośrednich dziedzin; przydatny na kursach i warsztatach doskonalących.



Kompilacja antybiotyków ambulatoryjnych 2009

prof. dr hab. med. Danuta Dzierżanowska-Fangrat

wyd. I, Bielsko-Biała 2009, str. 156, cena 16,00 zł

Wykaz antybiotyków stosowanych w lecznictwie otwartym, w formie małego kompendium. Publikacja ma ułatwić lekarzowi ordynowanie tych leków. Zasady racjonalnej antybiotykoterapii. Książka powinna znajdować się w każdej przychodni.

Wakcynologia praktyczna

Dorota Mrozek-Budzyn

wyd. II, wrzesień 2009. Bielsko-Biała, str. 302, cena 28,00 zł

Informacje dotyczące uodpornienia czynnego czyli szczepienia, uodpornienia biernego i uodpornienia bierno-czynnego stosowanego w medycynie w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz ich leczenia. Wszelkie informacje niezbędne lekarzowi praktykowi do wykonywania szczepień i uzyskania odpowiedniego poziomu uodpornienia.



Procedury w intensywnej terapii

C. William Hanson

pod red. naukową Ewy Mayzner-Zawadzkiej

przekład Małgorzata Miklaszewska-Sokolewicz

Warszawa 2009, str. 166, plus płyta DVD

Publikacja ilustruje procedury stosowane w intensywnej terapii. Każdy rozdział poświęcony innej procedurze składa się ze wstępu, części omawiającej definicje i terminologię, części poświęconej technikom oraz wskazówkom i zagrożeniom związanym z przedmiotowym postępowaniem. Dla studentów, młodych lekarzy i specjalistów. DVD zawiera filmy, które pokazują zabiegi często wykonywane w oddziałach intensywnej terapii.



Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej. Zasady i praktyka.

wyd. I, pod red. Krzysztofa Marka Kuczkowskiego,

Leona Drobnika

Warszawa 2009, str. 232

Wszechstronna publikacja oparta na doświadczeniach wielu praktyków z różnych krajów. Rozstrzygnięcia wielu dylematów, które spotyka lekarz klinicysta, student, stażysta i wykładowca przedmiotu.



Diagnostyka różnicowa w obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego.

Francis A. Burgener, Steven P. Meyers,

Raymond K. Tan, Wolfgang Zaunbauer

red. naukow. wyd. polskiego

dr hab. n. med. Romana Bogusławska,

dr hab. n. med. Monika Bekiesińska-Figatowa

Warszawa 2010, str. 894, il. 1964

Podręcznik może ułatwić interpretację wyników badań radiologicznych również lekarzom klinicystom – odnalezienie najważniejszych kryteriów diagnostycznych poszczególnych jednostek chorobowych jest znacznie łatwiejsze. Olbrzymie ilości istotnych wiadomości, setki tablic przedstawiających diagnostykę różnicową i blisko 2 tys. wysokiej jakości rycin, wykresów i obrazów z badań MR.

Radiologia. Od objawu do rozpoznania

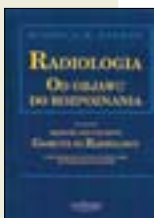
na podstawie Reeder and Felson's Gamuts in Radiology

Maurice M. Reeder

red. wyd. polskiego prof. dr hab. n. med. Andrzej Marciński

Warszawa 2009, str. 738

Tłumaczenie 4 wydania poprawionego i rozszerzonego o wiele tematów i materiałów. Objętość książki w stosunku do 1 wydania potroiła się w ciągu trzydziestu lat odzwierciedlając ogromne postępy, jakie nastąpiły w radiologii.



Podręcznik ultrasonografii

w medycynie ratunkowej i intensywnej terapii

Vicki E. Noble, Bret Nelson, A. Nicholas Sutingco

red. naukowy wyd. polskiego dr n. med. Grzegorz Małek.

tłum. lek. med. Wojciech Mielnicki, lek. med. Tomasz Kuniej

Warszawa 2010, str. 252

Rozdziały: Podstawy, cz. 1. Ultrasonografia diagnostyczna (Zogniskowane badania ultrasonograficzne przy urazach FAST, Echokardiografia, Ultrasonografia w pierwszym trymestrze ciąży, Tętniaki aorty brzusznej, Nerki i pęcherz moczowy, Pęcherzyk żółciowy, Zakrzepica żył głębokich, Ultrasonografia klatki piersiowej, Ultrasonografia oczodołów, Złamanie, cz. 2. Zabiegi pod kontrolą ultrasonografii (Dostęp naczyniowy, Zabiegi wykonywane pod kontrolą ultrasonografii), Indeks.



Ponadto nadesłano:

Oksfordzki podręcznik okulistyki

Alastair K.O. Denniston, Philip I. Murray

red. naukowy wyd. polskiego

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zagórski

wyd. I, Lublin 2009, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.,

20-802 Lublin, ul. Skrajna 12-14, tel. 81-446-98-12,

faks 81-470-93-04, e-mail: wydawnictwo@czelej.com.pl,

www.czelej.com.pl, str. 676

Seria Oxford Handbook of Ophthalmology Pomimo zwięzłości publikacja zawiera ogromną ilość informacji. Prezentuje wszystkie standardowe zagadnienia dotyczące problemów okulistyki, zawiera rozdziały omawiające umiejętności kliniczne, badania, pomoce diagnostyczne, przepisy dotyczące widzenia, opiekę okołoperacyjną, leki oraz rozdział zawierający różne istotne eponimy zespołów. Podręcznik przydatny w codziennej praktyce lekarskiej.



Prosta metoda jak skutecznie kontrolować alkohol

Allen Carr

wyd. I, Warszawa 2009, Wydawnictwo Betters Allen Carr's

Easyway Polska, 00-532 Warszawa, ul. Wilcza 12B/13,

tel./faks 22-621-36-11, www.allen-carr.pl, info@allen-carr.pl,

str. 290, cena 29,90 zł

Autor zyskał międzynarodową sławę jako ekspert w dziedzinie uwalniania od uzależnienia nikotynowego. Wykorzystując tę samą rewolucyjną metodę zajmuje się problemem nadużywania alkoholu. Wyjaśnia, dlaczego ludzie piją i proponuje jak krok po kroku uwolnić się od nałogu. Rozwiewa mity nagromadzone wokół tematu, udowadnia, że wystarczy pozbyć się złudzeń co do działania alkoholu, a przestaniemy być jego niewolnikami.



Prawo pracy w ochronie zdrowia

Agnieszka Sienko

Warszawa 2009, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska,

księgarnia firmowa: 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a,

tel. 22-535-80-72, 22-535-81-72, www.wolterskluwer.pl;

internetowa: profinfo@wolterskluwer.pl, www.profinfo.pl,

22-535-80-78, str. 158, cena 43,00 zł

Zestaw pytań i odpowiedzi dotyczących szeroko rozumianego zatrudnienia w ochronie zdrowia. Odpowiedzi, choć dotyczą konkretnej sprawy, mają uniwersalne zastosowanie. Pytania dotyczą najczęściej takich zagadnień jak zatrudnienie, wynagrodzenie, czas pracy, urlop, świadczenia socjalne.



opr. md