

2 2010

**Gazeta
Lekarska**
ISSN 0867-2146
Pismo Izby Lekarskiej

Egzemplarz bezpłatny

**Z Miodowej
nawet psa z kulawą nogą**



**Maciej Hamankiewicz
nowym prezesem NRL**

**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 2010**

część II: **19 III, 30 IV 2010**

Warsztaty: **Techniki negocjacji**

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

<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/odz>

www.odz.nil.org.pl

REKLAMA



Minister na wagarach

Drzewiecki nie przyszedł na przesłuchanie do Sejmu, bo go gardło bolało. Chlebowski nie przyszedł do „Kropki na i...”, choć kiedyś pasjami tam bywał, bo oglądały go miliony. Prezydent nie przyszedł na exposé ministra spraw zagranicznych, ale potem go zaprosił do siebie, lecz wówczas to minister zadarł nosa. Czytając takie absurdy trudno się obrażać czy denerwować, można tylko współczuć urzędnikom, którzy w swojej pracy muszą się aż tak poniżać. Słowo minister nie oznacza udzielnego księcia, tylko przeciwnie – służę. Ale oni naprawdę uważają, że robią nam łaskę, bo w sumie nie lubią swojej pracy.

Dr Ewa Kopacz, przez trzy dni obrad X Krajowego Zjazdu Lekarzy, nie znalazła nawet kwadransa, aby spojrzeć w oczy lekarzom i posłuchać, co ich boli i co jest ich troską. Rzecz jasna, również nikt z jej świty z Miodowej nie zajrzał na Zjazd, który obradował parę ulic dalej. Wielkim nieobecnym był wiceminister Marek Twardowski, który był delegatem zielonogórskiej izby lekarskiej. Ba, nawet zapowiadał udział w wyścigu do fotela prezesa NRL.

A było czego posłuchać i o czym pogadać. Postulowano skrócenie czasu uzyskiwania specjalizacji do niezbędnego minimum i dowartościowanie roli kierowników specjalizacji. Jak lekarz z lekarzem, chcieliśmy po koleżeńsku zastanowić się, jak można by koszty obowiązku doskonalenia zawodowego określonego w ustawie zaliczyć do kosztów uzyskania przychodu. Nie udało się zapytać, co z realizacją obietnic premiera Tuska z „Białego szczytu” o wzroście nakładów na ochronę zdrowia. Szkoda, że pani minister nie słyszała, jak rozmawialiśmy o poprawie finansowania pracy uczestników studiów doktoranckich, poprzez podwyższenie stypendium doktoranckiego do wysokości porównywalnej z wynagrodzeniem lekarza rezydenta, celem zapewnienia najlepszych kadr w nauce i o utrzymaniu w mocy rozporządzenia o konkursach na ordynatorów. Powszechnie wiadomo, że w tej sprawie czają się złe moce nowych właścicieli szpitali. Tu nie chodzi o interesy lekarzy, lecz o jakość leczenia ludzi. Lekarze dentyści czekali od czwartku do soboty, by dowiedzieć się jakie priorytety w zakresie leczenia stomatologicznego nakreślił sobie resort, albo dlaczego jeszcze sobie ich nie nakreślił. Chcieliśmy podyskutować o rosnących kosztach stosowania leków i o nowoczesnej farmakoterapii zgodnej z najnowszymi osiągnięciami nauki. To tylko niektóre z naprawdę ważnych spraw.

Ale nie porozmawialiśmy, bo przeszkodziła w tym dość mało oryginalna demonstracja szefowej resortu. Szkoda, bo w takiej chwili miejsce ministra było wśród lekarzy, nawet jeśli jest nim osoba uprzedzona do ustępujących i obecnych naczelnych władz samorządu lekarskiego.

Wymigiwanie się od pracy i lekceważenie obowiązków robotnicy nazywają bumelką, uczniowie mówią o wagarach, słowniki slangu o zbijaniu bąków, a ministrowie... mają dawno zaplanowane ważne powody nieobecności.

Marek Stankiewicz
naczelnny@gazetalekarska.pl

REKLAMA

W numerze między innymi

Stawiam na ewolucyjne zmiany	4
Pacjenci skarżą się na system	4-5
Zmiany są potrzebne	5
Czas na Śląsk	6-10
Organy Naczelnej Izby Lekarskiej VI kadencji	11
Pływanie mnie odrodziło	12
U stomatologów	13-15
Czeski błąd	16-17
Nowe szaty lekarza?	18-19
Pracuję na własne nazwisko	22-23
Kalejdoskop leków	26-27
Życie zwawsze niż prawo	28-29
Najczęstsze problemy i niejasności	30-31
Ze studentem do ginekologa	32
Kongres Polonii Medycznej	33
Przychodzi lekarz do prawnika	34-35
Na tego, co kradnie, zawsze kara spadnie	36-37
Ubezpieczenie ochrony prawnej	37
Warszawski Dom Lekarza	38-39
Lekarski sport	42-43
Kalendarz – kursy, szkolenia, zjazdu	44-45
Książki nadesłane	46-47
Praca – konkursy, zatrudnię, szukam	50-61
Ogłoszenia różne	61

Biuletyn NRL 48-49

**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**

Stawiam na ewolucyjne zmiany

Z Maciejem Hamankiewiczem
nowo wybranym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej
rozmawia Agnieszka Katrynicz

foto: Marek Stankiewicz

• **Wybory prezesa NRL obfitowały w liczne niespodzianki. Jest pan zaskoczony takim ich przebiegiem?**

– Zaskoczony nie, bo jak każdy kandydat jestem przekonany, że to mój program jest najlepszy i to ja powinienem wygrać. Jedyne, co mnie zaskoczyło, to rozmiary zwycięstwa, bo dostałem 274 głosy, a mój konkurent 132. To bardzo duża przewaga.

• **Od razu po ogłoszeniu wyników pojawiły się komentarze, że pana zwycięstwo oznacza, że w samorządzie nic się nie zmieni, bo będzie pan kontynuować linię Konstantego Radziwiłła, a co złośliwsi mówią nam o tym, że będzie pan sterowany przez poprzedniego prezesa.**

– Ale ja przecież nie byłem kandydatem promowanym i popieranym przez Konstantego Radziwiłła. Zresztą poprzedni prezes publicznie mówił, że jestem dobrym kandydatem, ale jego zdaniem jest lepszy (Romuald Krajewski – przyp. redakcji), więc nic nie zawdzięczam Konstantemu Radziwiłłowi. Oczywiście, nie oznacza to, że uważam, iż Konstanty Radziwiłł nie jest samorzą-

dowi potrzebny i cieszę się, że dostał się do Rady, gdzie będzie mógł służyć swoim doświadczeniem i radą. Zamierzam to wykorzystać, ale to ja zostałem prezesem i to ja będę przez cztery lata wyznaczał kierunki pracy samorządu.

Jeśli chodzi o kontynuowanie linii, to proszę pamiętać, że jestem ze Śląska, a my doceniamy dobrą robotę. Rewolucje nie są samorządowi potrzebne. Potrzebne za to jest sprawniejsze działanie i w tym kierunku będzie zmierzać Naczelna Rada. Stawiam więc na ewolucję, a nie rewolucję.

• **Jakie będą te pierwsze decyzje pana jako prezesa?**

– Wyraźnie w swojej prezentacji pokazałem, że postrzegam rolę prezesa jako dyrygenta i koordynatora działań, może momentami przywódcy, jeśli będzie to konieczne. Dlatego zacznę od przygotowania tego zespołu muzycznego do gry i 12 lutego, kiedy odbędzie się pierwsze posiedzenie Rady, wskażę, który instrument w którym momencie będzie grać. Na pewno nie będę za nikogo niczego załatwiać, bo to nie jest tak, że wybrano



tylko prezesa, ale także skład Naczelnej Rady, czyli osoby, które mają pracować na rzecz środowiska lekarskiego.

• **Jaki więc będzie samorząd lekarski pod batutą Macieja Hamankiewicza?**

– Mam nadzieję, że przede wszystkim będzie on lepiej postrzegany przez lekarzy i bardziej skuteczny. Skuteczniejszy siłą argumentów i umiejętności członków samorządu, a nie umiejętnością załatwiania spraw. Nie zamierzam kierować Izłą na zasadzie – znam gdzieś kilka osób i dlatego coś z nimi załatwię. To nie jest w moim stylu.

Zmiany są potrzebne

Z Konstantym Radziwiłłem
ustępującym prezesem
Naczelnej Rady Lekarskiej
rozmawia Agnieszka Katrynicz

• **Jak pan ocenia wyniki wyborów na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej?**

– Jestem zadowolony. To dobry wybór. I nie chodzi jedynie o stanowisko Prezesa, ale też członków NRL. Wyniki oznaczają, że wygrała koncepcja budowania na doświadczeniu i osiągnięciach poprzedników, a nie na ruinach tego, co zbudowali.

Zmiany oczywiście nastąpią. Są one potrzebne i temu służy m.in. kadencyjność piastowania stanowisk w samorządzie.

• **Spodziewa się więc pan bardziej zmian ewolucyjnych niż rewolucyjnych?**

– Jako jeden z członków nowej Rady nie chciałbym występować przed szereg. Pozostawmy prawo do składania takich deklaracji nowemu Prezesowi. Będzie z pewnością inaczej. Ale, przynajmniej w mojej opinii, wynik wyborów oznacza, że osoby pracujące w poprzedniej kadencji, w tym także ja, nie mają się czego wstydzić. A wręcz



mają prawo do dumy ze swoich osiągnięć. Nie ma też powodu, żeby odcinać się od wszystkiego, co było. Wspólnym wysiłkiem środowiska lekarskiego przez dwadzieścia lat udało się odbudować nasz samorząd. Ma silną pozycję zarówno w okręgach, jak i na szczeblu kraju. Robi wiele cennych i potrzebnych rzeczy. To trzeba to kontynuować. Żle by się stało, gdyby nie wykorzystać tego doświadczenia.

Decyzje Krajowego Zjazdu potwierdzają, że pomimo potknięć i niedoskonałości możemy uznać bilans samorządu za dodatni.

• **Udzieliłby pan jakiegś koleżeńskiej rady nowemu prezesowi?**

– Nie. Jestem do jego dyspozycji. Jeśli będzie potrzebował pomocy czy rady i zwróci się o to do mnie, na pewno mu pomogę.

• **Został pan członkiem NRL uzyskując bardzo wysoki, drugi wynik, uznaje pan to za swoiste zadośćuczynienie za przegraną w wyborach na prezesa rady warszawskiej izby?**

– Nie sądzę, aby demokratyczne wybory można było tak traktować. Czasem przyjęcie ich wyniku bywa trudne, ale trzeba to jakoś przełknąć. Dobry wynik na Krajowym Zjeździe oczywiście mnie ucieszył. Traktuję go jako mocne pozytywne skwitowanie ośmiu lat mojego prezesowania. Jeszcze bardziej cieszę się, że pierwsze miejsce w wyborach do Naczelnej Rady Lekarskiej uzyskał Romuald Krajewski, że doceniono jego niezwykle odpowiedzialną postawę pokazującą, że nie bił się on o stół, ale chodziło mu o dobro naszego samorządu.

Pacjenci skarżą się na system

Z Jolantą Orłowską-Heitzman
ponownie wybraną na stanowisko
naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej
rozmawia Agnieszka Katrynicz

• **Jakie zadania, problemy do rozwiązania uznaje pani za najważniejsze w swojej drugiej kadencji?**

– Na pewno szkolenia zarówno okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, zastępców naczelnego rzecznika, jak i pracowników biur rzecznika. Warto przypomnieć, że zmieniona ustawa o izbach lekarskich zmieniła nieco zakres naszego działania i myślę, że powinniśmy służyć radą i pomocą w pracach organizacyjnych sądom lekarskim w przygotowywaniu do prowadzenia spraw w II instancji, co do tej pory leżało w kompetencjach naczelnego rzecznika.

• **W pani sprawozdaniu widać było, że ilość spraw wpływających do rzecznika ciągle rośnie, to powód do niepokoju czy raczej wynik np. większej roszczeniowości pacjentów?**

– Na pewno zmienia się rzeczywistość i pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw. W swoim sprawozdaniu podkreślałam też, że ok. 70% skarg dotyczy organizacji systemu ochrony zdrowia, a nie pracy lekarzy. I to jest problem, nad którym musimy się zastanowić, nie tylko my, rzecznicy odpowiedzialności zawodowej czy członkowie samorządu, ale także de-



cydenci w parlamencie i Ministerstwie Zdrowia. Dziś brak jest ścisłego porozumienia z ministerstwem i nadzorem

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Czas na Śląsk

Agnieszka Katrynicz

X Krajowy Zjazd Lekarzy był historyczny. Po raz pierwszy w historii samorządu prezesem została osoba spoza Warszawy. Po raz pierwszy komisja rewizyjna zgłosiła wniosek o nie udzielanie absolutorium odchodzącej Naczelnej Radzie Lekarskiej. Ale takich „po raz pierwszy” było znacznie więcej...

Wszelkie spekulacje i tajne ustalenia przewidujące, że walka o stanowisko prezesa NRL rozegra się między Romualdem Krajewskim a Andrzejem Włodarczykiem zawiodły – nowym prezesem został Maciej Hamankiewicz, specjalista II stopnia z chorób wewnętrznych, przewodniczący (przez ostatnie dwie kadencje) Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

Do trzech razy sztuka

Po raz pierwszy w historii odnowione- go samorządu wybory na prezesa trzeba było ogłaszać dwukrotnie. Podczas pierwszych dwóch tur nie doszło do rozstrzygnięcia. Najpierw startowali: Maciej Hamankiewicz, Romuald Krajewski (wieloletni przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, członek Prezydium NRL ostatniej kadencji, szef Ośrodka Doskonalenia Zawodowego), Zdzisław Szramik (kandydat Ogólnopolskiego Związku Zawodowego) i Andrzej Włodarczyk (przewodniczący warszawskiej



Romuald Krajewski, warszawski neurochirurg zaprezentował swoje zamierzenia w ścisłym profesorskim stylu. (fot. Marek Stankiewicz)

ORL przez ostatnie dwie kadencje i wice-minister zdrowia). Delegatom najbardziej spodobały się prezentacje przedstawione przez Hamankiewicza i Krajewskiego, co zresztą nie dziwi, bo widać było, że solidnie się do nich przygotowali, i to oni przeszli do drugiej tury wyborów. Jednak ta nie przyniosła rozstrzygnięcia, bo na kandydata ze Śląska padło 200 głosów, a na popieranego przez ustępującego prezesa Konstantego Radziwiłła kandydata z Warszawy – 196. W tej sytuacji, zgodnie z regulaminem, wybory rozpoczęły się od nowa. Ponownie w szranki zdecydowali się stanąć Hamankiewicz i Włodarczyk. Romuald Krajewski wycofał się i zaapelował o głosowanie na Macieja Hamankiewicza. – Zrezygnowałem, by poprzeć najlepszego kandydata dla dobra samorządu – argumentował tę decyzję Krajewski.

Ostatecznie Maciej Hamankiewicz otrzymał 274 głosy, a Andrzej Włodarczyk – 132. – Jestem wzruszony. Nigdy nie było takich wyborów i mam nadzieję,

że wyciągnę z tego wnioski dla dobra stanu lekarskiego – mówił tuż po ogłoszeniu wyników nowy prezes NRL.

Wszystko po staremu?

– Ten wynik oznacza, że w samorządzie nie ma woli zmian. To smutne, bo wcześniejsze dyskusje pokazywały, że środowisko nie chce takich izb lekarskich. Jestem więc rozczarowany – komentował wielki przegrany Andrzej Włodarczyk, dodając jednocześnie, że ma wiele propozycji pracy, które teraz musi rozważyć (w kularach momentalnie pojawiły się plotki o tym, że zostanie nowym prezesem NFZ-u). W podobnym duchu wypowiedział się także Zdzisław Szramik. – Maciej Hamankiewicz będzie kontynuował linię Konstantego Radziwiłła, nie będzie zmian – mówił szef podkarpackiego OZZL-u.

Trzeba jednak zaznaczyć, że delegaci nie postawili na „linię Radziwiłła”, bo – po raz pierwszy – nie na kandydata z Warszawy, co spowodowało, że reprezentanci małych izb po ogłoszeniu wyników tryumfowali. – Śląska Izba należy do jednych z najbogatszych w kraju, jest



Andrzej Włodarczyk, jak zwykle bojowy i ekspresyjny, choć tym razem nieskuteczny. (fot. Marek Stankiewicz)

świetnie zorganizowana i to przeważało szalę, bo skoro Hamankiewicz potrafił z sukcesem szefować w Katowicach, to niech teraz wykaże się w Warszawie – mówił Paweł Sobieski, wiceprezes płockiej ORL.

Nowy prezes NRL zapowiedział, że będzie starał się bardziej skoordynować prace okręgowych izb lekarskich, bo przez 20 lat istnienia samorządu w okręgowych izbach powstało wiele bardzo cennych rozwiązań. Jednym z priorytetów ma być także walka o dobry wizerunek lekarzy oraz ich obrona przed atakami pacjentów i mediów. Lekarze mają m.in. przejść szkolenie z zakresu prawa prasowego.



Nie jestem emerytem, tylko stypendystą ZUS-u – irytuje się prof. Krzysztof Bielecki, chirurg z Warszawy. (fot. Marek Stankiewicz)

Nowa rada, nowe władze

Wybór prezesa NRL nie oznaczał koniec wyborczych emocji, bo delegaci musieli jeszcze wybrać członków NRL, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Krajowej Komisji Wyborczej, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców oraz skład Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Przed wyborami do NRL Hamankiewicz zaapelował do delegatów o wsparcie w swoich działaniach. – Sam prezes niczego nie zdziała, dlatego proszę o przemyślane wybory członków do naczelnej rady – mówił. I doceniając postawę Krajewskiego zgłosił jego kandydaturę do NRL, co spotkało się z owacyjnym przyjęciem.

Nic więc dziwnego, że to Romuald Krajewski uzyskał najlepszy wynik w wyborach na członka NRL – głosowało na niego aż 248 delegatów. Drugie miejsce zajął dotychczasowy prezes Konstanty Radziwiłł z wynikiem 201 głosów. Marek Jodłowski, który jako trzeci wszedł do NRL, uzyskał „zaledwie” 165 głosów. Większość kandydatów do NRL piastowała tę funkcję w poprzedniej kadencji, ale nie oznacza to, że nic się nie zmieniło. Nowicjuszami są m.in. Zdzisław Szramik, Ryszard Kepa, Iwona Jakób, prof. Henryk Skarżyński i Marek Stankiewicz, a pośród lekarzy dentystów m.in. Małgorzata Lindorf, prof. Teresa Bachanek, Agnieszka Ruchała-Tyszler

i Ewa Miękus-Pączek. Do tego warto dodać, że z „urzędu” w NRL znaleźli się nowi prezesi ORL – a większość z nich to osoby nowe; są to m.in. Krzysztof Kordel z wielkopolskiej OIL, Janusz Kłoczko z podlaskiej OIL, Igor Chęciński z dolnośląskiej OIL i Mieczysław Szatanek z warszawskiej OIL.

Z kolei wybory na Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przeszły bez większych emocji, bo kandydowała na to stanowisko tylko jedna



Kandydat OZZL na fotel prezesa Zdzisław Szramik z Rzeszowa zakończył rywalizację już w I turze z 9,3% głosami poparcia. (fot. Marek Stankiewicz)

osoba – dotychczasowy rzecznik Jolanta Orłowska-Heitzman. Delegaci najwyraźniej docenili jej czteroletnią kadencję, bo sprawozdanie zostało przyjęte jednogłośnie, a w wyborach uzyskała aż 396 głosów. Spokojnie przebiegały także wybory do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Niestety

ciąg dalszy na str. 8

REKLAMA

REKLAMA

zabrakło chętnych do pracy, bo do pełnego składu sądu brakuje jeszcze 21 osób.

– Zgodnie z nową ustawą o izbach sądom lekarskim przybędzie obowiązków, więc braki kadrowe mogą stanowić tu przeszkodę i wpływać na przewlekłość postępowań – mówił Jerzy Nosarzewski, poprzedni (i najprawdopodobniej obecny) przewodniczący NSL. – Mam jednak nadzieję, że na nadzwyczajnym zjeździe uda się sprawnie zorganizować wybory uzupełniające.

Bitwa o absolutorium

Emocji na X KZL nie brakowało od początku. Pierwszy dzień zdominowała dyskusja nad udzieleniem absolutorium NRL. Mimo że po sprawozdaniu ustępującego prezesa Konstantego Radziwiła rozległy się gromkie brawa, po raz



Najlepsi sportowcy wśród lekarzy: Oliwia Gawlik z Łodzi i Tomasz Rechberger z Lublina oraz piłkarze krakowscy – mistrzowie świata w towarzystwie Jacka Tętnowskiego, szefa Komisji Sportu i Rekreacji oraz Konstantego Radziwiła. (fot. Marek Stankiewicz)

A prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Igor Chęciński stwierdził, że widać tu „arogancję władzy”. – Komisja rewizyjna rzetelnie przedstawiła zagrożenia – ko-

mował Konstanty Radziwił. – Dzisiejsza dyskusja jest pouczającą lekcją dla nowych władz, które dopiero wybierzemy.

Sprawa Medbrokera nie była jedynym zarzutem NKR w stosunku do ustępującej rady.

Przewodniczący Zawiliński zarzucił także zbytnią rozrzutność przy organizacji centralnych obchodów 20-lecia samorządu lekarskiego, na które z budżetu NIL wydano 500 tys. zł.

– Widać, że prezydium naczelnej rady manipulowało budżetem jak mu było wygodnie – grzmiał Zawiliński. – Wydano 500 tys. zł, ale była to duża uroczystość zorganizowana na 500 osób – tłumaczył prezes Radziwił. Tłumaczenia ustępującego prezesa najwyraźniej przekonały delegatów, bo tuż po północy przegłosowano absolutorium. Za jego udzieleniem głosowało 218 delegatów, 90 było przeciwnych, a 32 wstrzymało się od głosu. Co ciekawe, delegaci przyjęli również sprawozdanie Naczelnej Komisji Rewizyjnej, za którym głosowało 176 delegatów, przeciw było 111, a wstrzymało się od głosu 53.

Warto przypomnieć, że nieudzielenie absolutorium radzie nie wiąże się z żadnym



Prezydium Zjazdu z trudem czasem radziło sobie z subordynowaniem delegatów. (fot. Marek Stankiewicz)

pierwszy w dwudziestoletniej historii NIL Naczelna Komisja Rewizyjna prosiła o nieudzielenie absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej.

– Naczelna Rada Lekarska naruszyła dyscyplinę finansową – tłumaczył Jarosław Zawiliński, przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Głównym zarzutem była sprawa spółki Medbroker, zakupionej przez Naczelną Izbę Lekarską od Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Samorząd sprzedał większość udziałów tej spółki prywatnej firmie. Członkowie komisji rewizyjnej uważali, że cena, za którą samorząd sprzedał udziały, była zbyt niska. Zawiadomienie w tej sprawie o popełnieniu przestępstwa na szkodę NIL wpłynęło do Prokuratury Rejonowej Warszawa-Mokotów. W dodatku Naczelna Rada Lekarska nadal jest udziałowcem w spółce Medbroker, i niedawno udzieliła spółce pożyczki, co również było podnoszone jako zarzut w stosunku do Rady.

– Miało nie być dopłacania do tej chybionej inwestycji – podkreślał Zawiliński.

mentował. Także większość delegatów uznało, że zakupienie Medbrokera nie było raczej dobrą inwestycją. – Mylić się jest rzeczą ludzką, brakuje mi jednak, żeby ktoś powiedział: pomyliliśmy się – mówił prof. Krzysztof Bielecki.

Jednak przeprosiny padły. – Przepraszam za wszystko, co było niedoskonałe –



Wymiana zdań na żywo: Karina Buxakowska z Poznania i Ładysław Nekanda-Trepka z Warszawy. (fot. Marek Stankiewicz)

mi konsekwencjami. – Mimo wszystko jestem zadowolony, bo to była dobra lekcja dla następnej rady, z której, mam nadzieję, wyciągną wnioski – powiedział „GL” po ogłoszeniu wyników Zawiliński.

Arogancja władzy

Największą arogancją władzy podczas Zjazdu wykazali się jednak przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Po raz pierwszy na Krajowym Zjeździe Lekarzy nie była obecna ani minister Ewa Kopacz, ani żaden z jej zastępców. Musi to dziwić tym bardziej, że wiceminister Marek Twardowski był delegatem na Zjazd. Ten wielki nieobecny był nawet typowany na kandydata na prezesa NRL, a w spisie delegatów sam napisał: *Być może – zgodnie z propozycją działaczy niektórych izb lekarskich – zdecyduje się na kandydowanie lub poproszę kogoś, kto rokuje, że po 20*



Głosuje delegacja krakowska. (fot. Marek Stankiewicz)



Tomasz Romańczyk z Katowic interesował się przede wszystkim kompetencjami w zarządzaniu kandydatów do władz naczelnych. (fot. Marek Stankiewicz)

latach Samorząd Lekarski odrodzi się, a nie będzie powoli „umierał”.

– Minister-lekarz powinna uczestniczyć w obradach Zjazdu, bo to najważniejsze wydarzenie dla środowiska i jej nieobecności nie da się wytłumaczyć nadmiarem obowiązków – gorzko komentował Aleksander Wojtyłko, delegat opolskiej OIL.

– Jako prosty lekarz poczułam się lekceważona przez panią minister – dodała Teresa Korta, delegatka warszawskiej OIL. – Nasze władze chyba nie rozumieją, że korporacja zawodowa jest ważna i potrzebna nie tylko lekarzom, ale może nawet bardziej decydentom w ministerstwie, Narodowym Funduszu Zdrowia i parlamencie, bo to jedyny poważny partner, z którym politycy powinni rozmawiać o ochronie zdrowia.

Ważne decyzje

Być może minister Kopacz bała się ataków ze strony delegatów, którzy podczas dyskusji nie szczędzili gorzkich

Paszkiewicz (prezesa NFZ – przyp. AK) i musimy zachować w tym konsekwencje – apelował Andrzej Cisło, delegat wielkopolskiej OIL.

Z pewnością jedną z najważniejszych uchwał jest apel do premiera Donalda Tuska o zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. KZL przypomina, że premier zapowiadał wzrost nakładów na ochronę zdrowia podczas „Białego szczytu” w 2008 r. mówiąc wtedy, że opowiada się za podwyższeniem składki na ubezpieczenie zdrowotne o jeden procent w 2010 r. Zresztą warto przypomnieć, że postulat finansowania systemu odpowiednio do jego potrzeb i nie mniej niż na poziomie 6% PKB jest przez środowisko lekarskie powtarzany od lat. Delegaci KZL domagają się także wyrównania poziomu składek rolników ubezpieczonych w KRUS do poziomu, jaki płaci reszta społeczeństwa ubezpieczana przez NFZ.

dokńczenie na str. 10

Z ostatniej chwili

Związkowcy o Zjeździe

Mimo iż podczas Zjazdu wiele wniosków złożonych przez Krzysztofa Bukieła zostało odrzuconych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy uznał wyniki obrad za zadowalające. W oświadczeniu wydanym po KZL wyraża zadowolenie, że podczas obrad tematyka warunków pracy i płacy lekarzy była mocno zaakcentowana, a uczestnicy Zjazdu wyrażali stanowisko, iż troska o odpowiedni status materialny i warunki pracy lekarzy jest jednym z najważniejszych (obok kształcenia podyplomowego) zadań samorządu lekarskiego. OZZL podoba się również to, że nowo wybrany prezes Naczelnej Rady Lekarskiej w podobny sposób nakreślił swoje priorytety oraz że zadeklarował, iż obrona interesów środowiska lekarskiego będzie dla niego ważniejsza niż dobre relacje z Ministerstwem Zdrowia i rządzącymi.

Związkowcy udało się również przełamać uchwałę o zobowiązaniu Naczelnej Rady Lekarskiej do utworzenia Funduszu Pomocy dla lekarzy, którzy w sposób grupowy zwolnią się z pracy w proteście przeciwko złym warunkom pracy lub niskim wynagrodzeniom. Kwota odpisu na ten fundusz wynosi 1 mln zł rocznie, co – w ocenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – stanowić będzie istotne zabezpieczenie lekarzy podejmujących powyższe kroki.

ak



Zjazd lekarski upominał się również o ustawowe zapewnienie minimum płacowego dla pracowników zdrowia (nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarek, techników medycznych, personelu pomocniczego), wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i współpłacenia przez pacjentów.

Nie można pominąć również uchwały mówiącej o kontynuowaniu prac nad wprowadzeniem modułowego systemu kształcenia podyplomowego, który najlepiej – zdaniem delegatów – odpowiada wyzwaniom współczesnej medycyny. Ta decyzja została entuzjastycznie przyjęta przez



Podczas jednego z licznych głosowań. (fot. Marek Stankiewicz)



Przy urnie wyborczej Danuta Barańska z Ostrowca Świętokrzyskiego i Benedykt Kluz, lekarz dentysta z Łańcuta. (fot. Marek Stankiewicz)

nieliczną, ale bardzo dobrze przygotowaną grupę młodych lekarzy (najmłodsi delegaci urodzili się w 1983 r.). – Cieszy nas, że problemy młodych lekarzy zostały zauważone i nasz głos w dyskusji zauważony – mówi Łukasz Tyszler, delegat OIL w Szczecinie (rocznik 83 właśnie).

Zjazd zgodził się także na propozycję Krajowej Komisji Wyborczej, aby wybory w rejonach mogły odbywać się korespondencyjnie, co zdaniem przewodniczącego KKW Ładysława Nekandy-Trepki może wpłynąć znacząco na podniesienie frekwencji wyborczej.

Z kronikarskiego obowiązku odnotujemy, że podczas zjazdu zgłoszono ponad 70 uchwał. Jednym z najaktywniejszych wnioskodawców był Krzysztof Bukiel, który zasłynął składaniem egzotycznych postulatów m.in. w sprawie wprowadzenia

w wyborach parlamentarnych okręgów jednomandatowych, mimo że podobny wniosek złożony przez niego dwa lata temu na Nadzwyczajnym Zjeździe został odrzucony. Do zaskakujących propozycji można zaliczyć również apel profesora Bieleckiego o rozwiązanie komisji emerytów i rencistów, bo – jego zdaniem – tworzy to niepotrzebne podziały. – Ja się nie czuję emerytem, tylko stypendystą ZUS-u – uzasadniał.

Zjazd zakończył się owacjami na stojąco dla pierwszego prezesa NRL i nestora polskiej farmakologii prof. Tadeusza Chruściela, który mimo podeszłego wieku brał czynny udział w obradach od pierwszego do ostatniego dnia tego bardzo wyczerpującego i obfitującego w emocje zjazdu.

Agnieszka Katrynicz

Przysięga katalońska

W wypowiedziach uczestników Zjazdu wyrażane były liczne oczekiwania wobec nowego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Deklaracje nowego Prezesa zawierały wiele obietnic. Czy spełnią się oczekiwania i czy Prezes zrealizuje obietnice Pan Bóg wie (doświadczenie nakazuje sceptycyzm...). Szanse na to może dać tylko jakaś jasno i jednoznacznie określona podstawa, na której oprzeć należy relacje między środowiskiem samorządowym i Prezesem. Taką dobrą podstawą zdaje się być tekst przysięgi szlachty katalońskiej na wierność Królowi Katalonii i Aragonii, w której wystarczy wymienić Prezesa zamiast Króla.

Rota przysięgi: **My, którzy jesteśmy równie dobrzy jak ty, przysiegamy ci, który nie jesteś lepszy od nas, że uznajemy cię jako naszego prezesa i suwerennego władcę, o ile przestrzegać będziesz wszystkich naszych swobód i praw. A jak nie – to nie.**

Propozycja przyjęcia tego tekstu jako adresu uczestników Zjazdu do nowego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej została przyjęta – z ogromnym aplauzem – przez akłamację. Pozostaje życzyć nowemu Prezesowi, aby we wszystkich swych działaniach trzymał się tej zasady. Zagwarantuje mu to 4 lata spokojnego panowania i dobre widoki na następną czteroletnią kadencję.

Aleksander Kotlicki, delegat z Warszawy

Organy Naczelnej Izby Lekarskiej VI kadencji

Naczelna Rada Lekarska

Prezes: Maciej Hamankiewicz

Lekarze dentyści: Anna Lella, Małgorzata Lindorf, Jolanta Szczurko, Adam Jurczak, Andrzej Baszkowski, Robert Stępień, Andrzej Cisko, Halina Porębska, Agnieszka Ruchała-Tyszler, Teresa Bachanek, Marta Klimkowska-Misiak, Alicja Marczyk-Felba, Andrzej Stopa, Piotr Janik, Ewa Miękus-Pączek i Anna Mackiewicz.

Lekarze: Romuald Krajewski, Konstanty Radziwiłł, Marek Jodłowski, Andrzej Sawoni, Mariusz Janikowski, Ryszard Golański, Wojciech Marquardt, Jacek Tętnowski, Jerzy Friediger, Jerzy Kruszewski, Zbigniew Brzezina, Paweł Susłowski, Grzegorz Krzyżanowski, Stefan Sobczyński, Andrzej Wojnar, Klaudiusz Komor, Krzysztof Bielecki, Krzysztof Makuch, Zdzisław Szramik, Andrzej Ciołko, Ładysław Nekanda-Trepka, Ryszard Kępa, Elżbieta Marcinkowska, Jan Cieśliski, Paweł Sobieski, Mieczysław Dziedzic, Stefan Bednarz, Halina Bobrowska, Tomasz Romańczyk, Paweł Wróblewski, Marian Brocki, Iwona Jakób, Danuta Korniak, Henryk Skarżyński i Marek Stankiewicz.

Lekarze – prezesi okręgów: Janusz Kłoczko, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Stanisław Prywiński, Roman Budziński, Jacek Zajaczek, Jacek Kozakiewicz, January Lewandowski, Andrzej Matyja, Janusz Spustek, Grzegorz Mazur, Marek Zabłocki, Jerzy Jakubiszyn, Jarosław Wanecki, Krzysztof Kordel, Krzysztof Szuber, Mariusz Pietrzak, Łukasz Wojnowski, Tadeusz Zych, Mieczysław Szatanek, Igor Chęciński, Mariusz Malicki, Roman Łabędź i Piotr Rapięko.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: Jolanta Orłowska-Heitzman

Zastępcy NROZ

Lekarze dentyści: Irena Utrata, Anna Tarkowska, Anna Serafinowska-Kiełczewska, Anna Chowaniec, Jerzy Matysik, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Wanda Mielcarek, Ewa Paszek, Katarzyna Siembab i Wojciech Kolanko.

Lekarze: Anna Glińska, Włodzimierz Majewski, Teresa Bieńko, Barbara Baranowicz, Krzysztof Dach, Piotr Kolasiński, Andrzej Podolecki, Anna Węglarzy-Kowalczyk, Krystyna Małocka, Teresa Korta, Józef Kurek, Jan Świątkowski, Stanisław Ciechowicz, Romuald Górniak, Elżbieta Kidawa, Jacek Kocot, Ryszard Rzeszutko, Andrzej Kuźawczyk, Kazimierz Swoboda, Janusz Małocki, Janusz Dembowski, Artur Hartwich, Waldemar Naze, Krystyna Rejminiak, Małgorzata Tomczykowska, Lech Żak, Andrzej Krzak, Halina Traczewska, Marceł Dybek, Mieczysław Orzeł, Edward Charczuk, Michał Szolginia i Sabina Kańtoch.

Naczelny Sąd Lekarski

Lekarze dentyści: Antoni Stopa, Jolanta Kwaśniewska, Adam Busch, Zygmunt Chojnacki, Joanna Wysokińska-Miszczuk, Mariola Łyczewska i Michał Telega.

Lekarze: Włodzimierz Bednorz, Wojciech Łącki, Jerzy Nosarzewski, Tadeusz Wencel, Stanisław Bień, Marian Janowski, Konrad Maćkowiak, Krzysztof Zaorski, Krystyna Adamczewska, Bronisław Stawarz, Katarzyna Ziara, Grażyna Lesyng-Pawłowska, Stanisław Cieśliski, Wojciech Małkowski, Paweł Matysiak, Tadeusz Młodzianowski, Andrzej Gryglewski, Maria de Mezer-Dambek, Iwona Łatos, Janusz Malarski, Wojciech Żelenay, Jerzy Małkowski, Konrad Jarosz, Ireneusz Juzala, Jacek Miarka, Ryszard Roztoczański, Jacek Furmaniak, Piotr Minowski, Krzysztof Zieliński, Leszek Pałka, Jacek Siwulski, Renata Wojtala i Maciej Pasieka.

Naczelna Komisja Rewizyjna

Lekarze dentyści: Elżbieta Woźniak i Danuta Marcyniuk.

Lekarze: Krzysztof Hajdo, Paweł Gruenpeter, Jarosław Zawiliński, Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Karina Buxakowska, Mariusz Kasiński, Jacek Kubiak, Artur Puszek, Janusz Siemaszko, Małgorzata Sokalszczuk i Jacek Zaborowski.

Krajowa Komisja Wyborcza

Lekarze dentyści: Ewa Miękus-Pączek, Anna Jakubowska, Łukasz Tyszler.

Lekarze: Mariusz Janikowski, Marek Jodłowski, Mariusz Malicki, Włodzimierz Kardas, Paweł Susłowski, Zyta Kaźmierczak-Zagórska, Ładysław Nekanda-Trepka, Stanisław Adamowicz, Stefan Sobczyński, Krzysztof Tuszyński, Jan Kłopotowski, Stefan Pojda, Maria Dura, Magda Wiśniewska, Małgorzata Klimza, Karina Buxakowska i Jerzy Staszczuk.

Pływanie mnie odrodziło

Z prof. Tomaszem Rechbergerem sportowcem Roku 2009 wśród lekarzy rozmawia Jerzy Jakubowicz

• **Kiedy zaczęła się pana przygoda ze sportem?**

– Bardzo dawno. Urodziłem się w Pionkach, gdzie w czasach II RP powstał nie tylko przemysł zbrojeniowy, ale również nowoczesny ośrodek sportowy z krytą pływalnią. W szkole podstawowej była szkołka pływacka i tam rozpocząłem treningi, a w wieku 10 lat zostałem wicemistrzem Polski dzieci na 200 m stylem klasycznym. Od drugiego roku studiów na Wydziale Lekarskim AM w Lublinie startowałem w bardzo dobrej drużynie uczelni, w której byli ówcześni mistrzowie Polski: Jan Mioduchowski i Andrzej Grelecki. Namawiam ich do startu w obecnych zawodach. Od 1979 r. przestałem startować w zawodach, bo poszedłem do pracy w klinice i uważałem, że nie mam czasu na sport. Trzy lata temu lubelski radiolog Mirek Szyblejko, wielokrotny medalista, zdobywca dwóch złotych medali na Mistrzostwach Świata Lekarzy w Agadirze, namówił mnie na powrót do czynnego uprawiania sportu.

• **Jak udaje się łączyć pracę kierownika kliniki, naukowca, z czynnym uprawianiem sportu?**

– Z reguły większość z nas uważa, że poza pracą zawodową nie ma na nic czasu. Ale to tylko kwestia organizacji pracy. Często pracę kończę o 20.00, a później jadę na pływalnię. Trenuję od 1 do 1,5 godziny, 4-5 razy w tygodniu. W czasie treningu przepływam 4 km. Pływalnie w Lublinie są obłożone, dla-



tego ja trenuję w pobliskich Belżyczach, gdzie jest też piękny obiekt.

• **Ile łącznie zdobył pan dotychczas medali?**

– Bardzo wiele. Na letnich Igrzyskach Lekarskich oraz na mistrzostwach Polski w pływaniu zdobyłem łącznie 36 medali, plus 1 brązowy na Mistrzostwach Świata Lekarzy w Monachium na 100 m w stylu dowolnym.

• **Jak długo będzie pan startować?**

– Tak długo, jak to będzie możliwe. Mnie pływanie odrodziło fizycznie i psychicznie. Daje mi radość. Marzę jeszcze o starcie w triathlonie. To bardzo ciężka dyscyplina, dająca znakomity sprawdzian własnych możliwości. Triathlon lekarski składa się z 3 części: pływanie – 850 m, kolarstwo – 20 km i bieg na 5 km.

• **Czy w innych krajach też są takie zawody?**

– U nas startujemy od 5-6 lat, w innych krajach, a zwłaszcza w USA,

znacznie dłużej. W USA zawody starszych osób (masters) są bardzo popularne, a najstarszy zawodnik miał 103 lata. Osiągają oni całkiem dobre wyniki, często są to dawni olimpijczycy i mistrzowie kraju.

• **Naśladują pana współpracownicy, którzy też zdobywają medale.**

– Wzorem mojego mistrza, prof. Jerzego Jakowieckiego, staram się mieć zgrany zespół współpracowników. Zapewne część z nich bierze przykład z moich zainteresowań sportowych. Wierzę, że w przyszłym roku pojedziemy z większą ekipą. Sport to wspaniałe działanie prozdrowotne.

• **A w rodzinie też są sportowcy?**

– Mój młodszy brat, Leszek, mieszkający w Kanadzie, startuje w maratonie. Być może w przyszłym roku pojedę tam na zawody z młodszą córką, Ewą, z którą już przegrałem w tenisa.

„Medicus” nr 11/2009

Meritus Pro Medicis



Podczas X Krajowego Zjazdu Lekarzy wręczono odznaczenia Meritus Pro Medicis za lata 2009-2010. Zaszczytu tego dostąpili: Barbara Baranowicz, Teresa Bujko, Roman Hajzik, Małgorzata Kaczmarska-Banasiak, Marianna Kawa-Kiesner, Jerzy Kruszkowski, Stefan Pojda, Antoni Stopa, Paweł Susłowski, Stanisław Wencelis, Zbigniew Hamerlak, Mariusz Janikowski, Romuald Krajewski, Wojciech Maksymowicz i Andrzej Sawoni. (fot. Marek Stankiewicz)

Międzynarodowa Konferencja Naukowa Sekcji Periodontologii PTS Postępy w diagnostyce chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej

Białystok 17-19 czerwca 2010 r.

Serdecznie zapraszam do wzięcia udziału w Międzynarodowej Konferencji Sekcji Periodontologii PTS pt. „Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej”, która odbędzie się w dniach **17-19 czerwca 2010 r. w Hotelu Gołębiowski w Białymstoku**. Oprócz wybitnych krajowych specjalistów z periodontologii będziemy gościć światowej sławy periodontologa prof. Niklausa Langa (Szwajcaria/Hong Kong), prezydenta Izraelskiego Towarzystwa Periodontologicznego dra Eli Friedwalda, prezydenta Niemieckiego Towarzystwa Stomatologicznego prof. Thomasa Hoffmanna, prof. Thomasa Gedrange z Uniwersytetu Medycznego w Greifswaldzie (Niemcy) i prof. Fotinosa Panagakosa, dyrektora Clinical Research Relations and Strategy w Colgate Palmolive.

Zaprezentowane zostaną m.in. następujące referaty:

- **Chemioterapeutyki i antyseptyki w profilaktyce chorób jamy ustnej** (prof. dr hab. Maria Lucyna Zaremba UM w Białymstoku)
- **Leczenie farmakologiczne zapaleń przyzębia** (prof. dr hab. Włodzimierz Buczek UM w Białymstoku)
- **Leczenie niechirurgiczne chorób przyzębia** (prof. dr hab. Tomasz Konopka UM we Wrocławiu)
- **Możliwości leczenia protetycznego pacjentów z periodontopatiami** (prof. dr hab. Wiesław Hędzielek UM w Poznaniu)
- **Możliwości ortodontycznej stabilizacji warunków zgryzowych u pacjentów z periodontopatiami** (prof. Thomas Gedrange Niemcy)

- **Leczenie podtrzymujące** (prof. dr hab. Jadwiga Banach PAM, Szczecin)
- **Diagnostyka radiologiczna periodontopatii** (dr hab. Ingrid Różytko-Kalinowska UM w Lublinie)

W ramach obrad 19.06.2010 r. w godz. 15.00-16.30 w Aula Magna Pałacu Branickich odbędzie się interdyscyplinarny panel dyskusyjny dotyczący **związków stanów zapalnych w jamie ustnej z chorobami ogólnoustrojowymi** pt. **Cele i zadania periodontologii w trosce o zdrowie ogólne pacjenta**. Patronat nad tą sesją objęli prof. dr hab. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii oraz prof. dr hab. Marek Narusiewicz. W dyskusji udział wezmą: prof. dr hab. Jadwiga Banach, prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska, prof. dr hab. Maria Górka, prof. dr hab. Małgorzata Szlachowska, prof. dr hab. Beata Wożakowska-Kapton, prof. dr hab. Edward Franek, prof. dr hab. Tomasz Konopka, prof. dr hab. Włodzimierz Musiał, prof. dr hab. Wanda Stokowska, prof. dr hab. Maria Lucyna Zaremba, prof. dr hab. Marek Ziętek. Wstęp wolny.

Szczegółowe informacje dotyczące Konferencji znajdują się na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego www.potralpts.pl lub można je uzyskać w **Zakładzie Stomatologii Zachowawczej UMB**, tel. **85-746-82-97**, faks **742-17-74**, tel. kom. **510-668-480**, e-mail: stomzach@umwb.edu.pl.

prof. dr hab. Wanda Stokowska
przewodnicząca Sekcji Periodontologii PTS

Śladem naszych publikacji

Razem czyli osobno raz jeszcze

Z wielkim zainteresowaniem przeczytałam tekst „Razem, ale sprawiedliwie” w „GL” nr 12/2009.

Jak Autorzy sami go nazwali, jest ripostą na moją wypowiedź, w której przedstawiłam między innymi listę zagrożeń: finansowe, prestiżowe i organizacyjne, związanych z proponowaną autonomią izby dentystycznej.

Bodźcem do napisania czegokolwiek na ten temat był fakt, że jak zresztą sami Koledzy zauważyli, zwolennicy autonomii wie-

lokrrotnie prezentowali swoje argumenty. Zdanie jej przeciwników, poza oficjalnymi wypowiedziami przedstawicieli Naczelnej Rady i Komisji Stomatologicznej, było za to medialnie całkowicie nieme. Z powodu tej dysproporcji postanowiłam wyrazić publicznie moje, i nie tylko moje, zdanie na ten temat. Nie spodziewałam (oczekiwałam) się, riposty, ponieważ uważałam, że z drugiej strony zostało już wszystko, i to po wielokroć, powiedziane.

A jednak...

Ale to już było i tak jak przypuszczałam w sprawie zasadniczej nie znalazłam tam nic nowego. No może poza sprecyzowaniem, że owa autonomia, o którą toczy się taki bój, tak naprawdę miałaby polegać jedynie na osobnych wyborach do rad lekarskich (bo od wszystkich innych moich sugestii Koledzy się ostro i zdecydowanie odcięli!). Poza tym same ogólniki, mętny wywód na temat konstytucji i demokracji i żadnej odpowiedzi na moje wypunktowane wątpliwości. Z powodu braku nowych argumentów skupiliście się więc na zarzutach dotyczących mojej postawy

moralnej rodem z „wielkiej polityki”. Pano- wie, przecież w ogóle mnie nie znacie, więc skąd te zarzuty?! Nie brak mi pokory, nie jestem zarozumiała, do nikogo nie „puszczam oka”, nie wymyślam trzeciej drogi, nie jestem w spisku ani z Naczelną Radą, ani z Komisją Stomatologiczną, nigdy nie byłam na „liście prezesa”, a już w szczególności nie mam ambiwalentnego stosunku do jakiegokolwiek prawa. Z jednej strony kreujecie się na nauczycieli demokracji, z drugiej atakujecie każdego, kto ośmieli się mieć inne zdanie. Wasze „pojęcie” demokracji mi nie odpowiada. Klóci się z moim, w kwestii swobodnego i niczym nie ograniczonego prawa do wypowiedzi i prezentacji swoich poglądów. Ja z tego prawa skorzystałam, wyraziłam swoje poglądy i nie zamierzam się powtarzać. Zdania co do autonomii nie zmieniałam, bo w swojej ripostie nie udało się Panom uspokoić moich wątpliwości.

Konkludując, powiedzieliście już wszystko i niech tak zostanie.

lekarz dentysta Anita Pacholec

Honorowa lekarka i dentystka

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Maria Skłodowska-Curie (1867–1934), Polka z urodzenia i Francuzka z wyboru, jest jedyną na świecie podwójną laureatką Nagrody Nobla, i to z dwóch dziedzin, w 1903 r. z fizyki i w 1911 r. z chemii.



Posiadała liczne tytuły honorowe i aż 16 doktoratów honoris causa. Była pierwszą kobietą we Francji, która uzyskała 12 czerwca 1903 r. stopień doktora w dziedzinie nauk ścisłych na Paryskiej Sorbonie. Odkrycie radu dało początek erze atomowej. W 1913 r. rząd francuski wzniosł dla niej Instytut Radowy.

Fascynowała ją też medycyna. Została wcześniej osierocona przez matkę Bronisławę z Boguckich, która zmarła na galopujące suchoty (gruźlica) w wieku 42 lat. W tym samym czasie zmarła na dur brzuszny jej 12-letnia siostra Zofia, a ona sama wpadła w depresję. Jej starsza (urodzona w 1862 r.) siostra Bronisława ukończyła studia medyczne w Paryżu. Maria w tym czasie pracowała jako guwernantka u rodziny Żórawskich i wspierała siostrę finansowo.

W listopadzie 1891 r. Maria Skłodowska przyjechała do Paryża, by studiować na Sorbonie. Zatrzymała się u doktorostwa Bronisławy i Kazimierza Dłuskich, którzy mieli praktykę lekarską przy ówczesnej rue d'Allemagne w 19 dzielnicy Paryża. Po ich powrocie do kraju w 1911 r. pomogła im finansowo przy budowie w Zakopanem nowoczesnego sanatorium pulmonologicznego dla „chorych piersiowo”.

Mimo że nie miała formalnego medycznego wykształcenia w czasie I wojny światowej wraz z córką Ireną wykonywała jako „radiolog” zdjęcia RTG rannym żołnierzom na polu walki. Organizowała pierwsze wówczas ruchome ambulanse rentgenowskie. Były to samochody Renault, oddawane jej dyspozycji przez patriotów i zaadaptowane przez nią jako lotne stacje rentgenowskie. Kursowały one po wszystkich frontach wojennych. Maria, niestrudzona, niezmordowana i nie znająca przeszkód, sama czasem przy kierownicy, przenosiła się błyskawicznie z odcinka na odcinek frontu niosąc pomoc, osobiście badając przeszło tysiąc rannych.

Na pomysł „pojazdów rentgenowskich”, które mogłyby być używane w szpitalach polowych do diagnozowania rannych, zanim zostaną oni poddani leczeniu, Maria Skłodowska-Curie wpadła pod wpływem nagłego olśnienia. Pierwsze dwa takie samochody zostały ofiarowane przez Union des Femmes de France. Samochody musiały być wystarczająco małe, aby można było nimi przemierzać wąskie drogi, a aparatura musiała być stosunkowo lekka. Każdy pojazd rentgenowski wyposażony był w mały generator, który można było podłączyć do akumulatora samochodu w przypadku, gdy na miejscu nie było prądu.

Lampę rentgenowską zamontowano na ruchomym stanowisku, tak aby można było ją łatwo przemieścić. Był też rozkładany stół dla pacjenta, klisze, ekran, ciężkie zasłony blokujące dostęp światła oraz ampułki z radonem (emitowanym jako produkt gazowego rozpadu radu). Celom ochronnym służyły bawełniane rękawiczki oraz wypełnione oliwem fartuch.

Pojazdy rentgenowskie (teraz nazywane „małymi Curie”) zanim zostały wprowadzone do użytku musiały pokonać przeszkody biurokratyczne, zabraniające kobietom kierowcom i technikom przebywać w pobliżu linii frontu. Madame Curie, mając na sobie płaszcz z alpaki oraz opaskę Czerwonego Krzyża na ramieniu, sama zawoziła, jadąc z prędkością ponad trzydziestu kilometrów na godzinę, aparaturę do szpitali polowych. Szybko wyładowywała sprzęt, podłączała kable do przenośnego generatora, zasłaniała okna, rozkładała stół, instalowała ampułkę i uruchamiała aparat.

Maria rozpaczliwie potrzebowała więcej kierowców i techników, a przede wszystkim kogoś, komu mogłaby zaufać. Świetnie te wymagania spełniała jej córka Irena, którą teraz uważała za „swoją towarzyszkę i przyjaciółkę”. Gdy Irena miała siedemnaście lat, matka zaczęła zabierać ją na pola bitew, a

po kilku miesiącach zostawiła jej pod opiekę połowy punkt radiologiczny w Hoogstade w Belgii. Żołnierzy przenoszono do prowizorycznych namiotów medycznych. Niektórzy byli martwi, inni pozbawieni kończyn lub ze złamaniami oraz ranami odłamkowymi. Irena sama, bez niczyjej pomocy, prześwietlała rannych, a po wykonaniu zdjęcia rentgenowskiego precyzyjnie dokonywała obliczeń geometrycznych, które wskazywały dokładne usytuowanie kuli czy szrapnela. Zlokalizowane odłamki pocisku pozwalały chirurgom mniej traumatycznie sondować i operować rannych.

Maria Skłodowska-Curie i Irena Curie w Amiens, Suippes, Reims, Calais, Poperinghe, Morvillars i Paryżu prowadziły szkolenia dla kobiet – przyszłych techników radiologii. Sto osiemdziesiąt kobiet techników zostało wyszkolonych do obsługi polowych punktów rentgenowskich. W czasie I wojny światowej wykonano ponad milion zdjęć rentgenowskich. Maria Skłodowska-Curie, która „postanowiła ze wszystkich sił służyć swej przybranej ojczyźnie”, pozostała wierna ideałowi służby na rzecz pokoju, podczas gdy naukowcy po obu stronach frontu pracowali nad bronią, która oślepią, okaleczy i zabija.

14 października 1914 r. dziewięćdziesięciu trzech niemieckich intelektualistów, m.in. poeta Gerhard Hauptmann, reżyser Max Reinhard, naukowcy i lekarze: Paul Ehrlich, Emil von Behring, Albert Neisser, Wilhelm Waldeyer, August von Wassermann i Max Planck, podpisali manifest popierający wojenne i pangermańskie cele państw centralnych. Był to tzw. apel do kulturalnego świata, popierający atak na neutralną Belgię jako wojskową konieczność.

Albert Einstein i Maria Skłodowska-Curie pogardzili zdecydowanie sygnatariuszami tego manifestu. Po I wojnie światowej utworzyli, 15 maja 1922 r., przy Lidze Narodów Międzynarodową Komisję Współpracy Intelktualnej – Commission Internationale de la Cooperation Intelctuelle (C.I.C.I.), by zapewnić Europie zgodę międzynarodową i pokój. Maria Skłodowska-Curie zasugerowała, żeby zorganizować program naukowy wymiany młodych uczonych, kobiet i mężczyzn, by spędzali wakacje twórczo w innych krajach poznając inne kultury i cywilizacje, aby zaplanowała zgodą dla dobra ludzkości.

W USA Maria Skłodowska-Curie stała się prawdziwą gwiazdą o przydomku „Radium Woman”, za sprawą redaktor naczelnej czasopisma „Delineator” a później „New York Herald Tribune” – Marie Mattingly Meloney, nazywanej „MISSY”. „Missy” zorganizowała wśród bogatych Amerykanów zbiórkę na zakup radu, żeby uczona mogła kontynuować badania nad jego promieniowaniem, z którym łączono nadzieję skutecznego sposobu

uczestnicy sposobność zwiedzania zakładów lekarskich paryskich. Na wyszczególnienie zasługują Zakłady Pasteura, p. M. Curie-Skłodowskiej i Prof. Widala.

W 1929 r. jako pierwsza kobieta nie-lekarz uzyskała pierwszy honorowy tytuł członka Międzynarodowego Zrzeszenia Lekarek – Medical Women's International Association (MWiA), organizacji założonej w 1918 r. w Nowym Jorku. W tym samym roku została również honorową dentystką.

29 maja 1932 r. otworzyła w Warszawie Instytut Radowy przy ul. Wawelskiej 15 i ofiarowała mu gram radu, na który zapracowała wygłaszając w USA cykl wykładów.

Wśród wielu tytułów honorowych, nagród i medali Marii Skłodowskiej-Curie kilkanaście związanych jest ściśle z medycyną. Są to tytuły: 1909 – *doctor honoris causa* Wydziału Medycznego Uniwersytetu w Genewie, 1912 – członek współpracujący Cesarskiego Instytutu Medycyny eksperymentalnej w St. Petersburgu, 1914 – członek honorowy Towarzystwa Fizyko-Medycznego w Moskwie,

1921 – *doctor honoris causa* Women's Medical College of Pensylwania, 1921 – członek honorowy Nordisk Fovening for Medicinsk Radiologie, 1921 – *doctor honoris causa* Yale University, 1921 – *doctor honoris causa* University Chicago, 1921 – *doctor honoris causa* Northwestern University, 1921 – *doctor honoris causa* Smith College, 1921 – *doctor honoris causa* Wellsley College, 1921 – *doctor honoris causa* Columbia University, 1921 – *doctor honoris causa* University de Pittsburg, 1922 – członek Academie de Medecine de Paris, 1921 – członek honorowy Rumuńskiego Towarzystwa Hydrologii Medycznej, 1924 – *doctor honoris causa* Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, 1926 – członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego w Lublinie, 1927 – członek honorowy Towarzystwa Medycznego Kształcenia Podyplomowego Ameryki Północnej, 1929 – członek honorowy Międzynarodowego Zrzeszenia Lekarek MWiA, 1929 – członek honorowy Polskiego Towarzystwa Medycznego i Dentystycznego – Cleveland (Ohio), tytuł honorowy Dentystki, 1931 – członek honorowy American College of Radiology, 1932 – członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, 1933 – członek honorowy British Institut of Radiology and Roentgen Society.

HONORARY MEMBERS OF MWIA		
Madame Marie CURIE*, France	(1929)	
Berta VAN HOSEN*, U.S.A.	(1947)	
Edna GUEST*, Canada	(1950)	
Martha M. ELIOT*, U.S.A.	(1950)	
Catharina MAC FARLANE*, U.S.A.	(1950)	
Esther POHL LOVEJOY*, U.S.A.	(1950)	
Louisa MARTINDALE*, U.K.	(1950)	
Honorio ACOSTA-SISON*, Philippines	(1954)	
M.Pas MENDOZA GUAZON*, Philippines	(1954)	
Ethlyn TRAPP*, Canada	(1954)	
Paulette GAUTHIER-VILLAR*, France	(1956)	

leczenia nowotworów. Maria Skłodowska-Curie prowadziła te badania do końca życia, współpracując z największymi umysłami swej epoki. W Paryżu w 1921 r. powstała Fundation Curie i Instytut Radowy do dziś działające.

7 lutego 1922 r. wybrano ją jako pierwszą kobietę do Paryskiej Akademii Medycyny za jej wkład w rozwój radioterapii, gdy za prof. dr. Otto Walkhoffem podnosiła terapeutyczną wartość radu w leczeniu toczenia i raka. Maria Skłodowska-Curie i Claudius Regaud byli pionierami walki z rakiem stosując curieterapię w Paryskim Instytucie Radowym. W dn. 21-25 kwietnia 1925 r. odbył się w Paryżu II Francusko-Polski Zjazd Lekarski. Uczestników z całej Polski było około 280. Stomatologów reprezentowali: dr Gelbard i doc. dr Meissner z Warszawy oraz dr Czernecki, dr Gorczyński i prof. Cieszyński ze Lwowa. Uczestnicy Zjazdu uczestniczyli w posiedzeniu Akademii Medycyny, na którym wygłosili wykłady wybitni przedstawiciele nauki: dr Babiński, p. Curie-Skłodowska i śp. dr Pawiński. Podczas Zjazdu również mieli



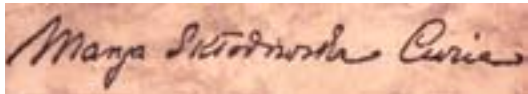
W maju 1934 r. zapadła na zdrowiu. Gdy uległa znacznemu osłabieniu i pojawiła się gorączka, prof. Roch z Genewy zalecił leczenie klimatyczne w alpejskim Sancellemoz, Plateau d'Assy. Posługiwała się tam przybranym nazwiskiem Madame Pierre. Leczył ją dr Tobe. Rozpoznano leukemię o piorunującym przebiegu. Zmarła o święcie 4 lipca 1934 r. W 1995 r. w czasopiśmie „Nature” przedstawiono hipotezę, że zabiły ją promienie RTG, a nie rad (!).

W 1995 r. szczątki Marii i Piotra Curie zostały uroczystie przeniesione do Panteonu. Prezydent Francji François Mitterrand w Panteonie w 1995 r. powiedział: (...) *Maria Curie dała przykład walki kobiety, która postanowiła wykazać swoje zdolności w społeczeństwie, gdzie zdolności intelektualne, poznawanie świata oraz odpowiedzialność publiczna były zarezerwowane dla mężczyzn* (...) – co zostało przyjęte z ogromnym aplauzem.

W kwietniu 2005 r. francuska telewizja wybrała największego Francuza wszech czasów. Jako pierwsza kobieta na liście znalazła się Maria Skłodowska-Curie, po Charles de Gaulle'u i Ludwiku Pasteurze.

W 75 rocznicę śmierci naszej wielkiej Rodaczki, 4 lipca 2009 r. lekarze i stomatolodzy dolnośląscy złożyli wieniec ku jej czci w Paryskim Panteonie i uczestniczyli w sesji naukowej. W Musée Curie spotkali się z jej wnuczką prof. Hélène Langevin-Joliot, córką Ireny Joliot-Curie, fizykiem nuklearnym.

W 2011 r., z okazji 100 rocznicy otrzymania przez Marię Skłodowską-Curie, drugiej Nagrody Nobla, z dziedziny chemii, planowane



są w Paryżu międzynarodowe uroczystości i konferencje naukowe. Lekarze i stomatolodzy z Dolnego Śląska są na nie zaproszeni.

Autorka – dr n. med., Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej, Akademia Medyczna we Wrocławiu.

Piśmiennictwo u autorki.

Czeski błąd

Marek Derkacz, Iwona Chmiel-Perzyńska

Od 1 stycznia 2010 posiadanie niewielkiej ilości narkotyków nie jest w Czechach karalne.

Osoba, która posiada do 1,5 g heroiny, 1 g kokainy, 2 g amfetaminy, 15 g marihuany, do czterech tabletek ekstazy i pięciu tabletek LSD, nie musi obawiać się organów ścigania. Propozycje limitów przygotował czeski resort sprawiedliwości. Podstawą wprowadzonych zmian, jak podała rzeczniczka resortu, była „obecna praktyka sądowa”. Jednakże, zdaniem ekspertów zajmujących się tematyką narkomanii, pomysł depenalizacji narkotyków w Czechach wynika przede wszystkim z bezradności wobec wzrastającej z każdym rokiem ich konsumpcji. Według raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Uzależnień od Narkotyków – Czesi w ciągu roku wypalają aż 11,5 tony marihuany i zażywają ponad milion tabletek ekstazy! Gdyby nasi sąsiedzi mieli nadal karać każdego za posiadanie nawet małych ilości narkotyków, do więzienia mógłby trafić niemal co trzeci czeski nastolatek... Ale czy w takim wypadku depenalizacja to najlepsze rozwiązanie?

Brane rozsądnie nie szkodzą?

Substancje psychoaktywne używane są przez ludzi od tysięcy lat. W przeszłości stosowano je w celu zniesienia bólu, zwiększenia wytrzymałości organizmu, pobudzenia, a także wykorzystywano je podczas rytuałów i obrzędów religijnych. Rozpowszechnienie substancji narkotycznych zarówno naturalnych, jak i syntetycznych istotnie wzrosło w drugiej połowie XX w. Aż 80% Amerykanów co najmniej raz w ciągu swojego życia próbowało przynajmniej jednej z zakazanych substancji. Ilu wpadło przez to w poważne życiowe tarapaty, a ilu nie żałuje swojej decyzji i od czasu do czasu rekreacyjnie zażywa zakazane substancje? Nikt tego

dokładnie nie policzył. Ciśnię się na usta pytanie, dlaczego niektórzy mogą wziąć tabletkę ekstazy na sobotniej imprezie, dobrze się bawić, a potem nie brać przez pół roku, kiedy inni już po jednokrotnym zażyciu uzależniają się i muszą brać cały czas, po to tylko, aby czuć się normalnie? Mechanizmy uzależnienia nie są, niestety, do końca poznane.

W Polsce bez problemu możemy nabyć wiele substancji, które wywołują zmianę percepcji, a ich regularne używanie może prowadzić do uzależnienia. Pomimo udowodnionego szkodliwego działania oraz potencjału uzależniającego przewyższającego niektóre z nielegalnych substancji, są one często przyjmowane przez ludzi. Wbrew temu, że można by nazwać je narkotykami, nikt ich tak nie określa. Czy dlatego, że się do nich przyzwyczailiśmy, czy może, że używane rozsądnie nie powodują właściwie żadnych szkód, a uprzyjemniają i ułatwiają nam życie? Wśród tych substancji można by wymienić nikotynę, alkohol, kofeinę czy leki przeciwbólowe dostępne bez recepty. Dlaczego więc nie zdepenalizować posiadania i używania innych substancji psychoaktywnych? W podobnym tonie wypowiadają się zwolennicy legalizacji – brane rozsądnie nie szkodzą. Dla lekarzy jest rzeczą oczywistą, że narkotyki, szczególnie te klasyfikowane jako „twarde”, mogą wyrządzać olbrzymie szkody. Pojawia się jednak pytanie, czy zakaz ich posiadania nie wyrządza szkód jeszcze większych. Przecież narkotyki dostępne na czarnym rynku są często zanieczyszczone, a to jeszcze bardziej zwiększa ryzyko ich szkodliwego działania. W sytuacji zalegalizowania narkotyków i wprowadzenia ich do oficjalnego kontrolowanego obrotu osoby używające miałyby większą gwarancję, że nie spalą marihuany, którą dealer dla wzmocnienia spryskał muchozolem, albo nie wciągną do nosa amfetaminy z dodatkiem drobno tłuczono-

nych baniek choinkowych, bo wtedy wydaje się, że „towar jest mocniejszy”. Ale co z tego mieliby rodzice dziecka, które wpadło na pomysł, żeby sobie tak z ciekawości spróbować raz heroiny?! O dziecku już nawet nie wspominając...

Czy depenalizacja narkotyków wpłynie na stopień ich czystości? Raczej nie, no chyba, że ich produkcję i dystrybucję zajmowałoby się państwo, co zapewniłoby odpowiednią kontrolę procesu ich wytwarzania i pozwoliłoby na épanie idealnie czystego towaru. Ale czy taka powinna być właśnie rola państwa? Temat legalizacji narkotyków jest niezwykle kontrowersyjny i trudny.

Dlaczego młodzież sięga po narkotyki?

Czy problem, który pojawił się w Czechach, dotyczy również Polski? A może Czesi to wyjątkowi miłośnicy épania?

Przeprowadzone przez nas w 2008 r. badanie, w którym uczestniczyło 1353 maturzystów, ukazało powagę sytuacji.¹ Niemal co trzeci badany miał kontakt ze środkami psychoaktywnymi. Średni wiek, w którym młodzież po raz pierwszy sięgała po narkotyki, wynosił niespełna 15 lat! Do najczęstszych wymienianych przyczyn sięgania po narkotyki należały: chęć doświadczenia odmiennych stanów świadomości, rozmowa kolegów oraz problemy w życiu osobistym – w domu i w szkole. Przyjmowanie związków psychoaktywnych wiązało się z niższym poczuciem własnego szczęścia oraz częstszym występowaniem myśli samobójczych. Odpowiedź na pytanie, czy powinniśmy zdepenalizować posiadanie narkotyków także na swoim podwórku, nam nasuwa się sama.

Również badania innych autorów wskazują, że największe rozpowszechnienie stosowania narkotyków ma

miejsce pomiędzy 18 a 21 rokiem życia. Młodzi dorośli lubią eksperymentować, a jeśli otrzymają szeroki dostęp do narkotyków, eksperymenty – zwłaszcza z tzw. twardymi narkotykami – mogą zakończyć się dla nich tragicznie. Bądźmy jednak sprawiedliwi, bo nie wszystkie narkotyki są tak samo szkodliwe. O ile zapalenie marihuany w większości przypadków nie skazuje człowieka na narkomanię (choć może zwiększać ryzyko sięgania po inne narkotyki), o tyle już nawet jednorazowe zażycie heroiny może wiązać się z uzależnieniem. Czesi chyba zbyt długo nie zastanawiali się, czym może skończyć się depenalizacja „twardych” narkotyków. Najgorsze, że sięga po nie najczęściej młodzież, a w jej mniemaniu, jeśli coś jest dopuszczalne, to raczej nie może być szkodliwe, no i nie trzeba się raczej w konsumpcji w jakikolwiek sposób ograniczać.

Czy zmiana czeskiego prawa wpłynie na polską młodzież? Odpowiedź na to pytanie można znaleźć na forach internetowych. Wygląda na to, że Czechy staną się drugą Holandią, tyle że dużo bliższą i tańszą, a dzięki temu bardziej dostępną. Może szokować, gdy czyta się, jak trzynastolatek na forum opisuje, co będzie robić (a właściwie brać) na szkolnej wycieczce do Czech i nie są to, niestety, bynajmniej plany krajoznawcze! Wtórą mu w tym inni podekscytowani tym pomysłem rówieśnicy.

Co dobrego może przynieść depenalizacja?

W walce na argumenty zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy legalizacji powołują się często na wybiórcze dane. Czy Czesi postąpili słusznie depenalizując posiadanie małych ilości narkotyków? Legalizacja narkotyków ma swoich zwolenników, nie tylko w kręgach osób je zażywających, ale również wśród niektórych ludzi nauki i polityków. Czy takie działania mają jakikolwiek sens? A może trzeba z większą surowością zwalczać problem narkomanii?

Zwolennicy depenalizacji zastanawiają się, dlaczego posiadanie narkotyków jest zabronione, a noży, którymi też można sobie zrobić krzywdę, już nie. Dlaczego można w Polsce bezkarnie łać w siebie litry alkoholu, a nie można ze znajomymi w pubie zapalić blanta? Alkohol stosowany rozsądnie i z umiarem potrafi uprzyjemniać życie,

lecz stosowany w nadmiarze lub zbyt często może nawet zabić. Najlepszym przykładem jest Rosja, gdzie premier Putin właśnie zaaprobował rządowy plan redukcji spożycia alkoholu. Celem władz stało się ograniczenie konsumpcji alkoholu o ponad połowę w ciągu najbliższych 10 lat. Dlaczego? W Rosji co roku w wyniku zatrucia alkoholem umiera 23 tys. osób, a ponad 75 tys. to ofiary chorób związanych z jego spożyciem! Jak napisali autorzy rosyjskiego raportu – *Nadużywanie alkoholu jest głównym powodem nagłego wzrostu problemów demograficznych i społecznych w Rosji od połowy lat sześćdziesiątych!*

Co dobrego może przynieść ze sobą depenalizacja narkotyków? Czy liczba przestępstw związanych z narkotykami wynika bardziej z ich działania, czy może jest wynikiem niewłaściwego prawa narkotykowego? Zwolennicy legalizacji twierdzą, że może ona przyczynić się do zmniejszenia ilości kradzieży, napadów i innych przestępczych działań mających na celu zdobycie środków na narkotyki, gdyż ich cena w rzeczywistości mogłaby być o wiele niższa. Wśród nich są również i tacy, którzy sądzą, że prohibicja narkotyków służy jedynie przestępczości zorganizowanej, lobbującej za największymi ograniczeniami ich legalności, bo wtedy ma zapewnione zyski ze sprzedaży. Zwolennicy depenalizacji przedstawiają również wyniki badań, na podstawie których wnioskuje, że legalizacja wpływa na spadek popularności narkotyków. Odmienne zdania są przeciwnicy depenalizacji przedstawiający zupełnie odwrotne dane. Co innego, gdybyśmy wzięli pod uwagę medyczne aspekty zastosowania niektórych narkotyków...

O medycznych właściwościach np. marihuany wiadomo już wiele. Przedstawiciele holenderskiego ministerstwa zdrowia są przekonani o pozytywnym wpływie tego „miękkiego” narkotyku i nawet zalecają stosowanie marihuany w niektórych chorobach, takich jak np. stwardnienie rozsiane, choroby nowotworowe czy AIDS. W USA przed kilkoma tygodniami New Jersey, jako 14 stan, zalegalizował ten narkotyk do stosowania w celach medycznych. W odróżnieniu od Kalifornii, gdzie marihuanę można legalnie zażywać jako środek na niegroźne dolegliwości (takie jak przewlekłe dolegliwości bólowe czy nerwicę lękową), w New Jersey jej stosowanie jest jedynie dopuszczalne w

leczeniu nowotworów, AIDS, stwardnienia zanikowego bocznego i stwardnienia rozsianego.

Jaka profilaktyka?

Jedno jest pewne. Nie wolno wszystkich narkotyków wrzucać do jednego worka, bo niektóre z nich są dużo bardziej groźne od innych. Lekarze zajmujący się uzależnieniami doskonale wiedzą, że przeciętny heroinista żyje około trzy lata od zażycia pierwszej dawki... Wiemy, również, że ludzie często biorą narkotyki, aby uciec od rzeczywistości i problemów dnia codziennego. A tych, niestety, każdego dnia jest bardzo wiele.

Choć alkohol i papierosy są legalne, nie oznacza to, że legalne powinny stać się wszystkie substancje o działaniu psychoaktywnym. Legalność produktu powoduje, że staje się on dużo bardziej dostępny i problem z jego nabyciem znika. Czy nastolatek, który z ciekawości raz spróbuje heroiny, nie sięgnie po nią po raz kolejny? Jako lekarze nie mamy wątpliwości, że tak.

Jakie działania profilaktyczne powinniśmy podjąć już teraz? Odpowiedź nie wydaje się być trudna. Wystarczy skutecznie edukować młodzież na temat szkodliwości zażywania narkotyków, również tych „miękkich”, uważanych powszechnie za „bezpieczne”.

Decydenci w Czechach podjęli zarówno bardzo śmiałą, jak i bardzo nieprzemyślaną decyzję, za którą już niebawem przyjdzie ich rodakom zapłacić. Najprawdopodobniej doradczy głos środowiska medycznego był zbyt cichy lub po prostu nie został dokładnie wysłuchany. Brak umiejętności radzenia sobie z problemem zażywania narkotyków przez coraz większą grupę osób w państwie nie może stanowić argumentu przemawiającego za depenalizacją narkotyków. Chyba, że na problem spogląda się bardzo krótkowzrocznie i ma się bardzo słabo rozwiniętą wyobraźnię. Ten błąd może Czechów bardzo drogo kosztować, a dla nas może stanowić bardzo cenną lekcję.

¹Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Kowal A., Grywalska E., Mosiewicz J.: *Ocena częstości przyjmowania związków psychoaktywnych oraz czynników warunkujących sięganie po narkotyki w grupie pełnoletniej młodzieży z Lublina i najbliższych okolic* [w:] *Cultural behaviors conditioning wellness*, pr. zbior. pod red. Edwarda Zderkiewicza, Lublin 2008, NeuroCentrum, s. 11-17.



foto: Marek Stankiewicz

**Coraz częściej pacjenci wkraczają do mojego gabinetu ze słowami
Dzień dobry, pani Krystyno, a później asertywnie odbierają dzwoniące do nich
telefony komórkowe, bez cienia zakłopotania na obliczu czy słowa przepraszam.
W takich chwilach jestem bliska dyskretnej zapaści psychicznej.**

Krystyna Knypl

Pierwsze miejsce przyznaję pacjentowi, który przychodzi do mnie na wizytę w godzinach porannych przed rozpoczęciem pracy i zawsze dzierży w dłoni kubek kawy, z którego popija w czasie konsultacji. Spodziewam się, że wkrótce nadejdzie dzień, gdy ów pacjent zakończy wizytę słowami *Przybij piątkę i pieczętkę!* Trudno bowiem oczekiwać, że medycyna da odpór przemianom obyczajowym, gdy różnorakie nowości atakują nasze życie niczym fala tsunami.

Dobre maniere i eleganckie obyczaje zaczynają być towarem deficytowym także w naszym, lekarskim środowisku. Niektórzy absolwenci tej samej uczelni – bo zaczynam wątpić, czy słowo koledzy jest tu jeszcze odpowiednie – zbyt często zapominają, jak powinny wyglądać nasze wzajemne relacje. Pleni się brak szacunku wobec drugiego lekarza, zwłaszcza gdy jeden z nich jest w pozycji proszącego lub gdy w ich kontaktach pośredniczą media, eliminujące spotkanie twarzą w twarz. Odizolowanie stwarzane przez słuchawkę telefoniczną lub pozorna anonimowość w Internecie zdumiewająco łatwo wywołują zachowania raczej nie spotykane w kontaktach bezpośrednich.

Może więc powinniśmy wzorem niedobrego władcy Kuzco spojrzeć na świat z innej niż dotychczas perspektywy i przyswoić sobie trochę nowych umiejętności, nie zawsze objętych programem akademickim? Myślę, że warto się nad tym zastanowić, aby jeszcze nieobecne w zbiorze symbolicznych pojęć określenie *doktor Kiepski* nie stało się adekwatne do zbyt wielu sytuacji.

Co każdy lekarz wiedzieć powinien?

Niedawno przetoczyła się przez media dyskusja o oczekiwaniach pacjentów w sferze obyczajów panujących w gabi-

nach lekarskich. Czytając liczne artykuły i wypowiedzi na ten temat odniosłam wrażenie, że wizyta w gabinecie przekształca się obecnie w specyficzny spektakl, w którym każdy ma do odegrania rolę zgodną z oczekiwaniami... publiczności. To kolejna ilustracja znanego powiedzenia, że natura nie lubi próżni. Skoro w tak wielu dziedzinach naszego życia nastąpiły gruntowne zmiany obyczajowe, to medycyna też będzie dotknięta procesem owych zmian. Przy okazji nie sposób nie zauważyć, że w takich dokumentach oficjalnych jak *Ustawa o zawodzie lekarza* czy *Kodeks Etyki Lekarskiej* sami nie wyszliśmy poza ogólnikowe stwierdzenia na temat relacji z pacjentami i innymi lekarzami. Zapomnieliśmy, że medycyna to nie tylko sztuka, ale i rzemiosło, a skoro tak, to dokładne instrukcje postępowania są konieczne. Na natchnienie nie ma co liczyć – nie każdego nawiedza odpowiednio często!

Przeglądając ramowy program nauczania na wydziale lekarskim dostrzegam się, że na dyscypliny, w ramach których można spodziewać się przekazania zasad rozmowy z pacjentem, przeznaczono niewiele godzin, i to w początkowym okresie studiów. Nauczanie takich przedmiotów jak psychologia lekarska, etyka czy socjologia może dostarczyć studentowi pewnych elementów wiedzy na temat relacji z pacjentem, jednak w żaden sposób nie wyczerpuje zagadnienia właściwego kontaktowania się z pacjentami, ich rodzinami oraz osobami postronnymi w rozmaitych sytuacjach. Kontakt z rodziną pacjenta bywa niejednokrotnie nie mniej skomplikowany niż z samym pacjentem – do dziś pamiętam pewien niedzielny dyżur, gdy rodzina poinformowana o zgonie oznajmiła, że nie daje temu wiary i musi sama sprawdzić, czy ich babcia naprawdę nie żyje. Nikt mnie nie uczył jak rozmawiać, uspokajać czy objaśniać okoliczności tak

dramatycznej sytuacji, wobec czego byłam zdana wyłącznie na intuicję.

Wprowadzenie odrębnego przedmiotu – nazwijmy go *Kontakt z pacjentem*, choć może właściwsze byłoby określenie *Profesjonalne kontakty międzyludzkie*, wprowadzie długie, ale lepiej oddające istotę problemu – wydaje mi się coraz pilniejszą potrzebą. W dotychczasowym ramowym programie nauczania liczba godzin przeznaczonych na psychologię lekarską i biostatystykę jest taka sama, a etyka jest wykładana w mniejszym wymiarze niż medycyna katastrof. Nic nie ujmując znacnym przedmiotom określonym jako *Medycyna katastrof* czy *Biostatystyka* trudno oprzeć się refleksji, że ich przydatność w codziennym wykonywaniu zawodu lekarza jest znikoma. Teoretycznie można oczekiwać, że nauczyciele dyscyplin klinicznych będą w programach swoich specjalności uwzględniać elementy nauczania właściwego kontaktu z pacjentem, jednak bardzo duży zakres wiedzy czysto medycznej, jaki musi być omówiony podczas takich zajęć, wypiera zagadnienia natury ogólnej.

Profesjonalny kontakt lekarza z pacjentem

W dobie powszechnego dostępu do informacji medycznej sztuka rozmowy z pacjentem nabiera nowego wymiaru. Pacjent często na własną rękę stara się jak najwięcej dowiedzieć o swoim schorzeniu, zapominając przy tym, że informacja nie jest tożsama z wiedzą medyczną, że przeczytanie kilku stron w Internecie, do których odsyłacze pojawiają się po wpisaniu w Google hasła np. „zapalenie płuc”, nie oznacza wiedzy na temat diagnozowania i leczenia tego schorzenia. Dlatego rozmowa z pacjentem „poinformowanym” jest dla lekarza trudnym zadaniem.

Nafaszerowani akademicką wiedzą o cyklu Krebsa, receptorach, polimor-

fizmach genów i innych zawiłościach nie zawsze uświadamiamy sobie, jak ważne w rozmowach z pacjentem jest używanie prostego języka. Kolejnym ważnym elementem jest upewnienie się, czy to, co przekazujemy, jest należycie rozumiane. Informacja przekazywana pacjentowi może być zwięzła, ale musi być wyczerpująca. W wypadku nowego pacjenta rozmowa powinna zawierać podstawowe informacje o zamierzonych badaniach i powodach ich wykonywania, a w odpowiednim czasie konieczne jest przedstawienie rozpoznania.

Umiejętności dodatkowe

Warto uświadomić sobie, że poza opanowaniem zasad profesjonalnego kontaktu z pacjentem współczesny lekarz powinien posiadać wiele dodatkowych umiejętności interpersonalnych. Powinien nauczyć się występowania

publicznego, i to nie tylko w konwencji wykładu akademickiego głozonego *ex cathedra* tym samym tonem głosu, ale także w mediach, opanować zasady negocjacji z płatnikiem, kontaktu z rodziną pacjenta, a nawet doboru odpowiednich słów podczas sporządzania dokumentacji medycznej. W czasie szkoleń prawnicy instruuja lekarzy, że naruszają oni prawa człowieka, jeżeli beceremonialnie piszą „skóra brudna”. Polityczna poprawność naszych czasów wymaga nazwania takich zmian na skórze słowami, które brudasa nie zestresują. Zgodnie z sugestiami prawników powinniśmy pisać „skóra wykazuje oznaki zaniedbań higienicznych”, w przeciwnym bowiem wypadku lekarz może być pozwany przez pacjenta do sądu i narażony na zapłacenie odszkodowania. Jednak pokrzepiony finansowo osobnik z oznakami zaniedbań higienicznych nie wyda pozyskanych z

odszkodowania funduszy na mydło, bo jak wykazują statystyki zużycie mydła w naszym kraju systematycznie spada. Nie będzie też pocieszeniem dla lekarskiego nosa fakt, że współobywatele wydają dwukrotnie więcej pieniędzy na dezodoranty i perfumy niż na mydło.

To, że powinniśmy opanować wiele nowych umiejętności, nie tylko ściśle związanych z wiedzą medyczną, ale także relacjami interpersonalnymi z pacjentami, współpracownikami, mediami, wydaje się oczywiste. Jednakże należy zachować zdroworozsądkową ocenę sytuacji i oczekiwań. Analizując postulaty wysuwane pod adresem naszego środowiska, z pewnością warto zastanowić się nad niedostatkami w naszych umiejętnościach, ale też nie można zapominać, że proces leczenia, to nie kampania prezydencka, w której liczba *szejkhendów* przekłada się na sukces terapeutyczny.

Rozszyfruj receptę

Zagadka zamieszczona w numerze grudniowym 2009 była chyba najtrudniejsza z dotychczas prezentowanych. Zamieszczony tekst rozszyfrował w całości tylko jeden Czytelnik. Jest nim dr **Dariusz Lipczyński** z Łodzi i w związku z tym zostaje naszym superlaureatem! Test zagadki w rozszyfrowaniu Laureata brzmi następująco: *Pacjent przyjęty do badania naczyniowego i określenia spływu do żyły głównej górnej z naczyń ramiennych. Pacjent chirurgiczny i angiologiczny.* Jeśli spojrzą Państwo na tekst z numeru grudniowego i porównają go z przytoczoną treścią, to zagadka wyda się całkiem łatwa.

Inni nasi laureaci, którzy ambitnie próbowali sił w rozszyfrowaniu tej jakże trudnej zagadki (i udało im się sporą część tekstu dobrze rozszyfrować, choć nie w 100%), to dr **Marta Piekarska** z Lublina, dr **Magdalena Gratzke**, dr **Romuald Adamik**, dr **Anna Łabieniec** ze Zgorzelca, dr **Paweł Pietkiewicz** z Poznania oraz dr **Magdalena Piątkowska**, która jako pierwsza prawidłowo rozszyfrowała alergen z opisu przypadku zamieszczonego w numerze styczniowym „GL”. Alergenem tym był wyciąg z kasztanowca, dodawany do szamponów jako środek przeciwdziałający przetłuszczaniu się włosów. Laureatką zostaje również dr **Joanna Szymańska-Kaluza**, która również szybko i prawidłowo ustaliła rodzaj składnika alergizującego oraz dr **Wojtek Żółtaszek**.

Wszystkich laureatów proszę o nadesłanie na mój adres mailowy **krystyna.knypl@compi.net.pl** adresów pocztowych, na które zostaną przesłane nagrody książkowe.

Kolejna zagadka jest łatwiejsza, trochę odpoczynku od trudów łamania głowy nad tekstem z numeru grudniowego z pewnością wszystkim dobrze zrobi. Czekam na Wasze rozwiązania oraz listy.





Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 18 XII 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2010**. Prezydium NRL z zaniepokojeniem odebrało liczne sygnały o możliwości nieogłaszania przez Narodowy Fundusz Zdrowia konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2010. Zmiany co do wymagań stawianych świadczeniodawcom nie mogą być wprowadzane z dnia na dzień i dlatego przedłużenie obowiązywania umów dotychczasowych jest działaniem przez świadczeniodawców oczekiwanym. Jednocześnie nie można jednak zapominać o podmiotach, które nie miały dotychczas podpisanej z NFZ-em umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a chciałyby taką umowę na rok 2010 podpisać. Zapewnienie możliwości przedłużenia dotychczasowych umów nie może zamykać innym podmiotom możliwości ubiegania się o zawarcie z NFZ-em umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Takie działanie prowadziłoby do nieuzasadnionej nierówności w traktowaniu podmiotów działających na rynku usług opieki zdrowotnej.

Prezydium NRL przyjęło stanowisko w sprawie **propozycji Polskiej Fundacji Edukacji w Diabetologii dotyczącej odpadów medycznych wytwarzanych przez pacjentów przewlekle chorych**. Prezydium podkreśliło, że odpady medyczne stanowią poważny problem społeczny, który należy pilnie rozwiązać. Pożądane byłoby utworzenie punktów zbierania odpadów wytwarzanych przez pacjentów. Prezydium jest przeciwnie nałożeniu na lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązku zbierania i gromadzenia odpadów wytworzonych przez pacjentów przewlekle chorych, a powstałych poza terenem placówki ochrony zdrowia, którą prowadzą lub w której wykonują zawód.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych**. Prezydium zwraca uwagę, że projektowane zmiany zwiększą obciążenia świadczeniodawców sprawozdawczością na rzecz NFZ-u, nie pociągną jednak za sobą jed-

nocznego zwiększenia wysokości przekazywanych im środków finansowych za udzielone świadczenia. Zmiany spowodują dodatkowy wydatek związany z koniecznością zmian istniejącego oprogramowania informatycznego. Ponadto ciągle zwiększanie obowiązków świadczeniodawców pociąga za sobą konieczność utrzymywania przez nich rozbudowanego pionu administracyjnego i w konsekwencji zmniejszenie wydatków na leczenie. Dla celów statystycznych wystarczające byłoby zbieranie danych tylko od pewnego procenta świadczeniodawców.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego**. Prezydium z zadowoleniem przyjęło odroczenie o rok obowiązku wprowadzenia nierealnych wymagań nałożonych na świadczeniodawców zmienianym rozporządzeniem. Prezydium jednocześnie podtrzymuje bardzo krytyczną opinię co do większości tych wymagań powszechnie wyrażaną przez samorząd lekarski oraz liczne organizacje w ochronie zdrowia. Prezydium zwróciło się do ministra zdrowia o wykorzystanie czasu zyskanego w wyniku proponowanych regulacji do ponownej szczegółowej analizy pośpiesznie i niestarannie wprowadzonych wymagań.

Prezydium NRL – 22 I 2010

Prezydium pozytywnie zaopiniowało kandydaturę dr. n. med. **Witolda Furgala** na stanowisko **konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny sportowej**.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie założeń do projektu ustawy **o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych**. Prezydium stwierdziło, że przedstawiony dokument nie uwzględnia większości opinii wyrażanych przez przedstawicieli NRL na spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia oraz propozycji zawartych w opracowanym przez Radę projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty w części dotyczącej umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Założenia te nie uwzględniają również przepisów nowej ustawy o izbach lekarskich, zgodnie z którymi to właśnie do zadań samorządu lekarskiego należy, między innymi, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Nie ma również postulowanego przez NRL i liczne środowiska postanowienia o zakazie rozumienia świadectwa umiejętności jako warunku do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych. Odnosząc się do całości nadesłanych założeń niepokój Prezydium wzbudziła też

bardzo ogólnikowo sformułowana zapowiedź regulacji dotyczących obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy. Trudno z tego zapisu wyczytać jakiegokolwiek konkrety zwłaszcza co do wielokrotnie postulowanych i funkcjonujących w innych krajach UE form publicznego finansowania wysiłku edukacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów (odpisy podatkowe) oraz płatnych urlopów na kształcenie.

Delegowano:

- **Annę Lellę** na spotkanie grupy roboczej ERO-FDI „Liberal Dental Practice in Europe”, 6 lutego 2010 r. w Genewie.
- **Romualda Krajewskiego** na posiedzenie Zarządu Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS Enlarged Executive), 13 lutego 2010 r. w Lublanie.

Z kalendarza Prezesa NRL

- Udział w konferencji „Zawód lekarza na ziemiach polskich XIX/XX w.” zorganizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Płocku.
- Udział w XI Okręgowym Zjeździe Lekarzy w Częstochowie.
- Udział w uroczystości 20-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego w Krakowie.
- List do Jana Orgelbranda, zastępcy głównego inspektora sanitarnego – w załączeniu uwagi do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie metod zapobiegania zarażeniu wirusem grypy.
- Udział w Ogólnopolskim Kongresie Etyki i Społecznej Odpowiedzialności Biznesu w Akademii L. Koźmińskiego.
- Spotkanie z ordynariuszem archidiecezji warszawsko-praskiej abp. Henrykiem Hoserem.
- Udział w Zgromadzeniu Ogólnym Polskiej Akademii Nauk.
- Udział w posiedzeniu Zespołu ds. Rekomendacji Etycznych w Perinatologii.
- Udział w XII Forum Prawniczo-Medycznym.
- Udział w posiedzeniu Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich.
- Udział w konferencji „Wyzwania w ochronie zdrowia: zasoby ludzkie i organizacyjne – potencjał do sprawnego zarządzania i rządzenia” w Krajowej Szkole Administracji Publicznej.
- List do Marka Twardowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia w sprawie stosowania równoważnego systemu czasu pracy wobec lekarzy rezydentów.
- Udział w posiedzeniu Komitetu Wykonawczego CPME w Brukseli.

Tomasz Korkosz
tel. 0602-218-710, 22-559-13-27
faks 22-559-13-26
e-mail: t.korkosz@hipokrates.org

Śladem naszych publikacji

Królowa jest chora

Jak ważny jest egzamin z chorób wewnętrznych może świadczyć fakt, że budzi on tak wiele emocji zarówno wśród przygotowujących się do niego, jak i tych, którzy zmagania z nauką mają na razie już za sobą.

Interna jest królową nauk medycznych i zakres materiału niezbędnego do zaliczenia PES jest olbrzymi. Można się spierać, czy ostatni egzamin był łatwy czy nie, czy 28% ocen niedostatecznych to dużo czy mało. Zdobyć 72 punktów, koniecznych do zaliczenia testu, nie wymagało nadzwyczajnej i wyszukanej wiedzy.

Większość pytań skonstruowano tak, by łatwo można było wykluczyć błędne odpowiedzi. Skąd więc tyle ocen niedostatecznych? Oprócz rzetelnej wiedzy potrzebne również były opanowanie, odporność na stres i oczywiście trochę szczęścia. Udzielenie prawidłowych odpowiedzi na pytania testowe wymagało koncentracji i uwagi, ale niestety nie wszyscy zdający potrafili pracować samodzielnie. Niektórzy z przyszłych specjalistów poszukiwali odpowiedzi w gronie najbliższych sąsiadów, bardzo skutecznie przeszkadzając pozostałym, albo nawet otwierali książeczki z pytaniami testowymi przed wyznaczonym czasem. Wielkim zaskoczeniem było również to, że w jednej z sal zdający siedzieli po dwie osoby przy stoliku, podczas gdy na innych salach egzaminowani byli rozsadzani pojedynczo. Wszyscy powinni mieć przecież równe szanse i pisać w takich samych warunkach. I tu nasuwa się pytanie: Czy PES powinien odbywać się w Warszawie czy np. w kilku miastach wojewódzkich? Naszym zdaniem powinna to być nadal stolica. Zapewne, gdyby PES odbywał się jednocześnie we wszystkich miastach wojewódzkich, pojawiłby się np. zarzut, dlaczego nie jest organizowany również w mniejszych miejscowościach. Jakiś czas temu wyniki LEP-u były najgorsze w Lublinie, bo jak twierdzili egzaminowani... komisja najbardziej rygorystycznie przestrzegała dyscypliny egzaminu.

Rzeczywiście treść pytań oparta była na jednym źródle – na wiedzy zawartej w podręczniku „Choroby wewnętrzne” pod redakcją prof. Szczeklika oraz uaktualnionym o najnowsze wytyczne – kompendium. Kto dobrze przyswoił tę biblię internisty, zagwarantował sobie egzaminacyjny sukces. Zadania testowe były krótkie i sformułowane w sposób jasny i przejrzysty. Pytania były różne, od banalnie łatwych do bardzo trudnych. W zdecydowanej większości dotyczyły zagadnień klinicznych, przydatnych w codziennej praktyce lekarza

internisty. Największą trudność sprawiły zadania, w których można było wskazać kilka prawidłowych odpowiedzi. To zapewne na tego typu pytaniach poległo aż 28% zdających. Interpretacja zapisów EKG jak zwykle okazała się łatwiejsza. Być może dlatego, że każdy specjalizujący się przez 5 lat praktycznie codziennie miał okazję utrwalać sobie przyswojone wiadomości, podczas gdy nie każdy na co dzień leczył pacjenta z polimialgią reumatyczną czy diagnozował cukrzycę ciężarnych. Pytania obejmowały podstawową wiedzę z zakresu elektrokardiografii i nie zawierały żadnych kruczków. Jedynie sposób udzielania odpowiedzi, wymagający wybrania najlepiej opisujących badanie stwierdzeń, mógł sprawiać trudność zdającym i zapewne z tego powodu nie wszyscy zaliczyli tę część egzaminu. O ile ilość czasu przeznaczona na rozwiązanie testu była w zupełności wystarczająca (niektórzy ze zdających zakończyli pisanie nawet 30-40 minut przed końcem czasu), o tyle nad EKG nie można się było zbyt długo zastanawiać.

Czy test był za trudny? Interna, to przecież najbardziej rozległa dziedzina medycyny, nie bez powodu nazywana królową nauk medycznych. Test zapewne można przygotować tak, aby zdali go wszyscy. Ale po co wtedy egzamin?

Pewnym zaskoczeniem dla zdających okazał się brak oficjalnie opublikowanych pytań do egzaminu ustnego. O ile można się spierać, czy należy czy też nie ujawniać pytania testowe lub tworzyć banki pytań z dostępnymi odpowiedziami, o tyle wydaje się, że pytania do egzaminu ustnego powinny zostać udostępnione i ujednolicone w całym kraju.

Czy królowa jest ciężko chora? Oczywiście, tak! Jednak nie ze względu na wyniki egzaminu, lecz z powodu coraz większego ograniczania praw specjalistów chorób wewnętrznych. Zniknęły przecież poradnie internistyczne, oddziały chorób wewnętrznych albo przekształca się w jednostki wąsko specjalistyczne, albo jako niedochodowe czekają w kolejce do likwidacji. NFZ odmawia zawierania kontraktów z niektórymi poradniami specjalistycznymi, bo pracują w nich lekarze ze specjalizacją jedynie z chorób wewnętrznych, nawet jeśli przez wiele lat w nich pracowali. O specjalizacji szczegółowej w wielu przypadkach można tylko pomarzyć. Ta sytuacja wymaga zmiany. Niedługo zabraknie chętnych do specjalizowania się w internie, tym bardziej że kompetencje specjalisty chorób wewnętrznych są coraz bardziej ograniczane. Decydenci chyba zapominają, że pacjenci rzadko cierpią tylko na jedno schorzenie. A przecież to właśnie interniści posiadają na tyle szeroką wiedzę, aby diagnozować i leczyć chorych z licznymi problemami zdrowotnymi.

**Iwona Chmiel-Perzyńska
i Marek Derkacz**

Autorzy są lekarzami, którzy z powodzeniem przeszli ostatni egzamin z chorób wewnętrznych.

REKLAMA

REKLAMA

Pracuję na własne nazwisko

Z Edwardem Ślaczką, otorynologiem, ordynatorem szpitala Enel-Med w Warszawie rozmawia Agnieszka Katrynicz

• *Co spowodowało, że zrezygnował pan z pracy w dużym szpitalu klinicznym, jakim jest Szpital Bródnowski w Warszawie, i zdecydował się na prywatnego pracodawcę?*

– Wiele czynników, w tym także te osobiste. Nastąpiła zmiana na stanowisku szefa oddziału, bo prof. Jan Kuś odszedł na emeryturę, a z jego następcą pracowało mi się już trudniej. Warto też pamiętać, że kilka lat temu z pracy w szpitalu nie dało się wyżyć, więc jak wszyscy moi koledzy biegałem popołudniami do drugiej i trzeciej pracy – właśnie w prywatnej placówce. Nie da się ukryć, że było to ze szkoda dla mojego podstawowego miejsca pracy...

• *Ale część lekarzy pracuje w takim trybie do dzisiaj...*

– Niestety tak, bo moim zdaniem nie powinno się tolerować takiej sytuacji, że lekarz wychodzi wcześniej ze szpitala, bo musi zdążyć do przychodni czy swojego gabinetu by zarobić, ale trudno się temu dziwić. Dlatego zdecydowałem, że tak dłużej pracować się nie da i na coś się muszę zdecydować. Mówiąc szczerze miałem też dość tej bieganiny z jednego miejsca do drugiego. Na szczęście wtedy Enel-Med się rozwijał i poszukiwał specjalistów, na dodatek pierwsza placówka powstała na Gilarskiej czyli w pobliżu Szpitala Bródnowskiego i naturalną kolejną rzeczą to właśnie w tym szpitalu szukał personelu, w tym m.in. mnie. Potem dostałem propozycję, by więcej czasu poświęcić na pracę w przychodni, co wiązało się z rezygnacją z pracy w szpitalu, i ja tę propozycję przyjąłem. Dzięki temu przez rok miałem trochę luzu i mogłem odpocząć od ciężkiej pracy w szpitalu, a wolny czas przeznaczyłem na naukę i skończyłem Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Zarządzania w specjalności Zarządzanie w Służbie Zdrowia.

• *I dlatego został pan ordynatorem szpitala?*

– Zrobiłem te studia dla siebie, nie myśląc, że kiedyś mi się przydadzą, ale rzeczywiście, kiedy Enel-Med ogłosił konkurs na stanowisko ordynatora, to mogłem wziąć w nim udział. I szczęśliwie wygrałem. Dzięki temu miałem go-

dziny nie tylko jako specjalista w przychodni, ale też ordynator, czyli mówiąc wprost mogłem zrobić i zarobić więcej. Co tylko potwierdziło słuszność mojej decyzji o odejściu ze szpitala.

• *Jednak wielu pana kolegów mówi wprost – po co to panu, ma pan prywatny gabinet i na tyle znane nazwisko, że o pacjentów nie trzeba się martwić...*

– Mój gabinet jest czysto organizacyjną jednostką, bo mam podpisaną umowę z Enel-Medem i w zasadzie przyjmuję pacjentów tylko w Enel-Medzie. Jeśli przyjmuję kogoś poza firmą, to jest to moja rodzina, znajomi czy sąsiedzi. Śmiało więc można powiedzieć, że wyłącznie pracuję w Enel-Medzie. Ta firma zapewnia mi pacjentów, lokal, personel pomocniczy, prowadzenie dokumentacji medycznej, sprzęt, materiały opatrunkowe – to wszystko co jest bardzo kosztowne.

• *Oplaca się to?*

– Oczywiście, i nie tylko chodzi o pieniądze, ale też – a może przede wszystkim – o komfort pracy.

• *A minusy takiej pracy? Nie ma przecież samych plusów.*

– Może to, że pracuje się na własny rachunek. Dosłownie. Samemu się za wszystko odpowiada, samemu trzeba się ubezpieczyć, czy jak chce się pojechać na wakacje, to się bierze wolne, ale też nie zarabia. Większość z medyków pracujących w prywatnych placówkach pracuje na zasadzie kontraktu bądź umowy między firmami, więc nie ma tej całej socjalnej „opieki”. Pracuje się przede wszystkim na własne dobre imię i praca jest trudniejsza i bardziej odpowiedzialna, ponieważ za nami nie stoi starszy kolega asystent, ordynator itp., który w każdej chwili pomoże. Więc na pewno z taką pracą związany jest stres z powodu ogromnej odpowiedzialności, bo jest się sam na sam z chorym. Ale z drugiej strony w prywatnej firmie można negocjować zarobki, godziny



przyjąć. Dla mnie ważne jest także to, że po 30 latach pracy nie mam dyżurów i mam wolne soboty i niedziele.

• *Jednak dla wielu lekarzy odejście ze szpitala to także odejście od medycyny, bo – w potocznej opinii – w prywatnych placówkach raczej uprawia się kosmetykę, a nie wykonuje poważne zabiegi czy podejmuje wyzwania...*

– To nie jest takie proste. Na pewno młodzi lekarze dopiero wchodzący w zawód powinni szkolić się w ośrodkach akademickich wysokospecjalistycznych, a placówki prywatne pewnie jeszcze długo takimi nie będą. Podobnie ci lekarze, którzy marzą o karierze naukowej, powinni wybrać kliniki w szpitalach klinicznych, bo prawdą jest, że trudno znaleźć prywatną klinikę wykonującą bardzo skomplikowane zabiegi. Powiem więcej, są procedury, które nigdy nie będą wykonywane w tego typu placówkach, bo po prostu są za drogie, jak np. onkologia, gdzie proces leczenia jest długotrwały, jest mnóstwo możliwości powikłań itp. Ale większość medyków chce po prostu dobrze wykonywać swój zawód i dobrze na tym zarabiać i tu placówki prywatne dają im tę możliwość. To nie znaczy, że my, pracujący prywatnie, robimy tylko

„kosmetykę”. To oznacza tylko tyle, że prywatnie robimy wysublimowane rzeczy. Jeśli lekarz wyspecjalizował się w operacjach endoskopowych kolana, to w klinice właściwie nie ma szans, żeby realizować tylko tę ścieżkę, a w prywatnej klinice przyjmą go z otwartymi ramionami, będzie działał dla dobra chorych, na chwałę firmy w której pracuje i jeszcze do tego sam zarobi godne pieniądze.

Chodzi o to, iż rzeczywiście nie robimy pełnego zakresu, ale to, co wykonujemy, jest na najwyższym poziomie, bo mamy świadomość, że każde powikłanie kosztuje, a pacjent ma prawo żądać najlepszej usługi, bo za nią płaci. Dlatego, moim zdaniem, do prywatnych placówek odchodzą najlepsi, bo tutaj uprawia się autentycznie autorską medycynę – tylko ja odpowiadam za to, co wykonałem i za to jak się czuje pacjent. W szpitalu zawsze można się zwrócić o radę do asystenta, ordynatora – w prywatnej placówce odpowiada się samemu. Samemu kwalifikuje się chorych do operacji i samemu się je przeprowadza, dlatego – siłą rzeczy – nie można być dobrym we wszystkim i w prywatnych klinikach nie wykonuje się wszystkich zabiegów. Zresztą, po co są specjalizacje w medycynie? Jeden operuje barki, drugi uszy, a trzeci gardło – nie ma jednej chirurgii.

To naprawdę nie oznacza, że robimy rzeczy błahе, bo np. Enel-Med jako jedyny ośrodek w Polsce wykonuje operacje zą-
cmy u dzieci, operacje neurochirurgiczne w chorobie Parkinsona, więc nie ma żadnego powodu, żeby twierdzić, że robimy tylko rzeczy nieskomplikowane.

• *Dobrze, więc jakie najbardziej skomplikowane procedury jest pan w stanie zaproponować u siebie?*

– Nie ma takiej granicy. Tu granicą jest cena, jaką ma zapłacić pacjent. Mamy kamerę i sprzęt, a jeśli nie mamy sprzętu – to możemy go kupić czy pożyczyć, wziąć w leasing. Wszystko zaczyna się od tego, że jakiś specjalista może wykonać daną procedurę i od kalkulacji ekonomicznej mówiącej o tym, że na dany zabieg jest zapotrzebowanie. Jeśli jest, a NFZ – bo Enel-Med ma kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia – chce za to zapłacić, to nie ma najmniejszego problemu. Niestety, najczęściej mamy do czynienia z sytuacją, że NFZ owszem płaci, ale płaci za małą, więc trzeba też sobie zadać pytanie, czy pacjent jest w stanie dopłacić z własnej kieszeni. Jeśli rachunek ekonomiczny się zgadza, nie ma żadnych przeszkód, by jakąś operację czy procedurę wykonać u nas. I to z każdej dziedziny.

Proszę zrozumieć – w „państwowych” szpitalach można sobie pozwolić na

kupowanie sprzętu, bo jest okazja pod tytułem marszałek dał pieniądze na tomograf. W prywatnej placówce trzeba wykazać, że ten tomograf nie będzie stał, tylko w ciągu miesiąca wykona się na nim odpowiednią ilość badań i jego zakup po jakimś czasie się zwróci. Nie musi to być miesiąc czy dwa, bo może to być kilka lat, ale zakup każdego sprzętu musi być uzasadniony ekonomicznie.

• *Wyobraża sobie pan sytuację, że kiedyś prywatne placówki staną się pełnoprawnym partnerem dla tych „państwowych” i np. będą mogły oferować staże dla młodych medyków?*

– Są już takie ośrodki. Na razie głównie szkolą w zakresie stomatologii, ale nie widzę przeszkód, by kształciły także w innych dziedzinach. Szczególnie te placówki, które wyspecjalizowały się w jakimś zakresie, np. ortopedii, okulistyki czy ginekologii, spokojnie dziś mogą przyjmować rezydentów.

• *Jednak praca w prywatnej placówce nie jest dla każdego: nie dla każdej specjalizacji, nie dla każdego lekarza?*

– Nie chodzi o specjalizację, raczej o podejście do pracy, a właściwie pacjenta. W prywatnej placówce, w większym stopniu, trzeba traktować pacjenta jak partnera, mieć dla niego czas i umieć mu wszystko wyjaśnić i podzielić się swoją wiedzą. Rzeczywiście, wielu medyków nie ma tego daru i mimo dużych praktycznych umiejętności nigdy nie będą się spełniali w pracy w prywatnej jednostce.

• *Jest też druga strona medalu – pacjent, który płaci jest bardziej wymagający i roszczeniowy.*

– Niekoniecznie. Wydaje mi się, że chory, który leczy się w „państwowym” szpitalu, jest bardziej nastawiony roszczeniowo, bo całe życie płacił składki, więc wydaje mu się, że należy mu się wszystko. Nasi pacjenci wiedzą, że płacą za jakąś usługę i tę usługę dostaną, ale nic więcej. Może jest to trudniejsze, bo najczęściej mam do czynienia z chorymi świadomymi, którzy poczytali o zabiegu w Internecie, porozmawiali ze znajomymi i zadają więcej pytań, mają więcej wątpliwości. Ja wolę rozmawiać z pacjentem świadomym swojego stanu zdrowia i działania organizmu, bo łatwiej taką osobę namówić na operację lub wytłumaczyć, że zabieg nie jest potrzebny. Nie mówiąc już o tym, że taki chory słucha zaleceń, bierze leki, przychodzi na wizyty kontrolne, bo wie, dlaczego to takie ważne dla jego stanu zdrowia. Ja wolę pracować ze świadomymi pacjentami.

REKLAMA

REKLAMA

Staż podyplomowy

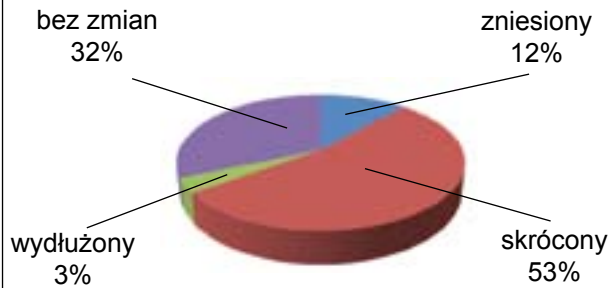
W październiku i listopadzie 2009 r. przeprowadzono badanie ankietowe wśród lekarzy, którzy właśnie ukończyli staż podyplomowy i ubiegają się o pełne prawo wykonywania zawodu w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie. Ankieta dotyczącą planów zniesienia lub ewentualnej modyfikacji stażu podyplomowego oraz długości trwania poszczególnych staży cząstkowych wypełniło 146 osób, co stanowi ok. 70% ubiegłorocznych stażystów.

staż podyplomowy powinien zostać

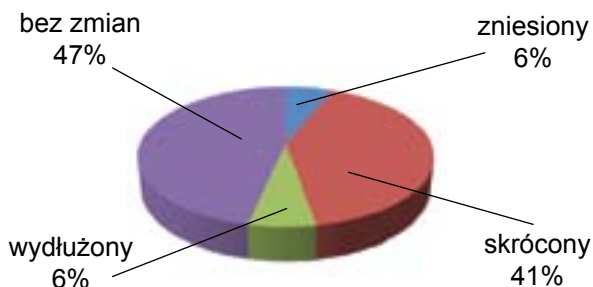


Wyłącznie 11 respondentów (8%) opowiedziało się za całkowitym zniesieniem stażu podyplomowego, 27 (18%) aprobują staż w obecnej formie, podczas gdy zdecydowana większość 108 ankietowanych (74%) oczekuje jego modyfikacji. Aktualny czas trwania stażu podyplomowego wynosi 13 miesięcy.

medycyna rodzinna



ginekologia i położnictwo



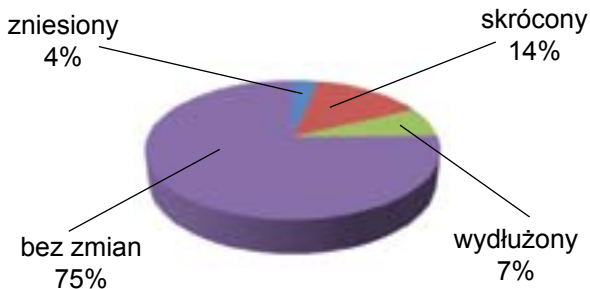
choroby wewnętrzne



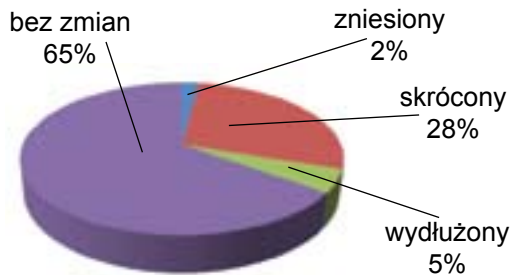
intensywna terapia z medycyną ratunkową



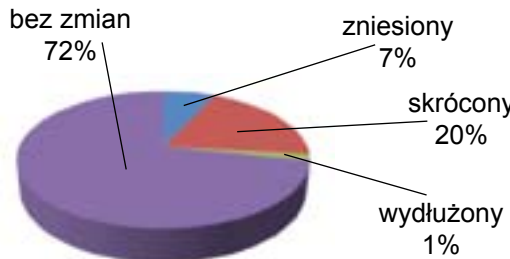
prawo medyczne i orzecznictwo



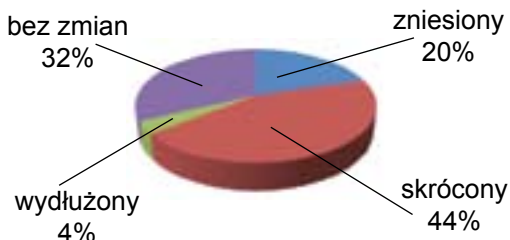
pediatria



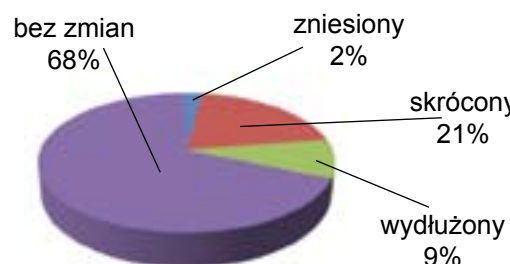
bioetyka



psychiatria



chirurgia z ortopedią



W odniesieniu do staży cząstkowych z chorób wewnętrznych, chirurgii oraz pediatrii większość ankietowanych, stanowiących 60-70% respondentów, nie oczekuje zmian w długości trwania tych staży. 20-30% ankietowanych lekarzy opowiedziało się za skróceniem powyższych staży, podczas gdy 5-15% respondentów oczekuje ich wydłużenia.

Według obowiązujących aktualnie przepisów staż podyplomowy z chorób wewnętrznych trwa 10 tygodni, z chirurgii z ortopedią 8 tygodni, z pediatrii 8 tygodni.

60 (41%) respondentów oczekuje skrócenia 7-tygodniowego stażu z ginekologii i położnictwa. Większość ankietowanych – 67 osób (47%) opowiada się za pozostawieniem obecnej długości trwania powyższego stażu.

92 (64%) ankietowanych deklaruje chęć skrócenia bądź zniesienia stażu cząstkowego z psychiatrii. Mniejszość – 51 (36%) respondentów oczekuje wydłużenia bądź pozostawienia w dotychczasowej formie długości 4-tygodniowego okresu stażu z psychiatrii.

Większość respondentów – 78 (53%) oczekuje skrócenia okresu trwania stażu podyplomowego w dziedzinie medycyny rodzinnej, trwającego aktualnie 6 tygodni.

81 (56%) respondentów uważa, iż powinno się wydłużyć 3-tygodniowy staż z intensywnej terapii i medycyny ratunkowej.

Kursy z prawa medycznego, orzecznictwa i bioetyki organizowane przez Okręgową Izbę Lekarską cieszą się dużą popularnością wśród ankietowanych, 70-80% respondentów nie oczekuje zmian w długości trwania okresu powyższych kursów szkoleniowych.

opr. Bartłomiej Guzik, Mateusz Job, Maciej Krupiński

GAZETA
FARMACEUTYCZNAGazeta
LekarskaNowy rodzaj terapii
przeciwgruźliczej

W czerwcowym numerze NEJM opublikowano wyniki badania 2 fazy TMC207 – nowo opracowanego leku z grupy chinolonów (diarylquinolonu) w leczeniu opornej na leki gruźlicy. Dodanie TMC207 do wcześniej stosowanych leków u pacjentów z oporną gruźlicą powodowało znamiennej wzrost liczby pacjentów, u których uzyskano zniknięcie prątków z płuciny oraz skrócenie czasu, w którym to następowało w porównaniu z tradycyjnym leczeniem.

Odkrycie TMC207 oznaczać może znaczny postęp w leczeniu opornej na leki gruźlicy, a badanie to jest ważne dla kilku powodów: po pierwsze diarylchinoliny są nową klasą leków, których znaczenie terapeutyczne w leczeniu pacjentów z gruźlicą oporną na tradycyjne leczenie wzrasta, z uwagi na nieliczne alternatywne opcje terapeutyczne i niejednokrotnie znaczną toksyczność leków (np. linezolidu) która ujawnia się zwłaszcza przy przedłużonym stosowaniu. Drugim ważnym powodem jest sam sposób przeprowadzenia badania; obecnie stosowane standardowe leczenie czterema lekami przeciwprątkowymi u chorych z wrażliwą na leki gruźlicą jest zazwyczaj wystarczające. Badanie nowego leku przeprowadza się na ogół zastępując nim jeden z dotychczas stosowanych. Obecne badanie jest pierwszym badaniem klinicznym przeprowadzonym w grupie pacjentów z gruźlicą oporną na wiele leków i podważa pogląd, że chorzy z tą postacią choroby są grupą zbyt heterogenną dla badań klinicznych. Kolejnym jest fakt, że największą barierą ograniczającą opracowanie nowych leków przeciwgruźliczych jest brak punktów uchwytu, których zahamowanie przez leki będzie miało pozytywny efekt dla pacjenta.

Dla wysoce skutecznych leków takimi punktami docelowymi są polimeraza RNA dla rifampicyny, rybosomy bakteryjne dla aminoglikozydów, dla fluorochinolonów gyrasa DNA, a dla TMC207 syntaza ATP.

Wyniki tego badania są bardzo zachęcające, ale są też pewne powody, dla których jeszcze za wcześnie, żeby włą-

czyć TMC207 na listę leków dla osób z nie-oporną na leki gruźlicą: dane na temat bezpieczeństwa muszą zostać poszerzone, nie jest również rozwiązany problem metabolizowania TMC207 przez system cytochromu P-450, na który ma silny wpływ rifampicyna i nie jest jasne czy leki te mogą być skutecznie stosowane razem (rifampicyna jest najbardziej aktywnym lekiem przeciwgruźliczym pierwszego rzutu i wybór pomiędzy nią a TMC207 będzie trudny, jeśli można będzie stosować tylko jeden z tych leków).

Dodatkowo TMC207 ma wyjątkowo długi okres półtrwania, co też musi być brane pod uwagę. Wszystkie te zastrzeżenia nie umniejszają wartości TMC207, mogą jedynie opóźnić stosowanie TMC207 poza grupą chorych z oporną na leki gruźlicą.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. NEJM 2009, 23, 2466-67

Ocena leczenia raka
przewodu pokarmowego

Na dorocznej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego w Orlando przedstawiono wyniki kilku dużych badań klinicznych, które wskazują, że dotychczasowe, standardowe leczenie raka jelita grubego, odbytnicy i odbytu pozostanie postępowaniem z wyboru w większości przypadków, a nowe leki często nie spełniają nadziei na skuteczniejsze leczenie tych nowotworów.

W retrospektywnym badaniu 233 pacjentów z rozsianym (w 4. stadium) rakiem jelita grubego wykazano, że większość (93 proc.) z nich nie wymagała chirurgicznego leczenia guza pierwotnego, wystarczająca była chemioterapia zastosowana jako postępowanie pierwszego rzutu. Chorzy ci otrzymywali „chemię” według jednego z trzech standardowych schematów FOLFOX, IFI lub FOLFIRI jako leczenie początkowe, część z nich dodatkowo leczona była bewacizumabem. Wyrażono pogląd, że operacja, która nie jest niezbędna, może zwiększać śmiertelność w tej grupie pacjentów, a konieczna jest ona tylko w przypadkach przebiegających z niedrożnością.

W randomizowanym badaniu oceniano dodanie przez 6 miesięcy bewacizumabu jako adjuwantu w leczeniu chorych w 2 i 3 stadium raka jelita grubego, łącznie z chemioterapią i dodatkowo przez 6 miesięcy po zakończeniu chemioterapii w porównaniu z samą chemioterapią. Po średnim okresie obserwacji trwającym 3 lata nie stwierdzono znamiennej statystycznie różnicy pomiędzy badanymi grupami, jednak u chorych przyjmujących bewacizumab obserwowano jego korzystny wpływ na przeżycie bez objawów choroby w czasie stosowania. Nie obserwowano korzystnego wpływu oksaliplatyny na zmniejszenie wielkości guza, ale wstępne badania tego leku sugerują, że może ona ograniczyć ilość odległych przerzutów.

W badaniu z udziałem 747 chorych przeprowadzonym we Włoszech porównywano standardową chemioterapię opartą na fluorouracylu z leczeniem, w którym dodano oksaliplatynę przed operacją – nie stwierdzono znamiennej różnicy, jednak autorzy uważają, że konieczny jest dłuższy okres obserwacji dla oceny czy lek ten ma wpływ na nawrót guza i przeżycie. Największe badanie raka odbytu potwierdza skuteczność obecnie stosowanych standardów. Program napromieniania skojarzony z leczeniem fluorouracylem i mitomycyną C pozostaje jak dotąd najlepszą opcją terapeutyczną dla chorych z rakiem odbytu.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. JAMA 2009, 4, 373-374

Mimetyki inkretynowe
w cukrzycy typu 2

Utrzymanie właściwej kontroli glikemii u chorych na cukrzycę typu 2 zmniejsza ryzyko mikro- i makroangiopatii, a leczenie cukrzycy wymaga zdecydowanego podejścia do współistniejącego nadciśnienia, dyslipidemii oraz nadwagi, która występuje u 85 proc. chorych i zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe. Za pomocą standardowej terapii (metformina, pochodne sulfonilomocznika, insulina) udaje się osiągnąć zamierzony

efekt u około 40 proc. pacjentów. Dla pozostałych obiecujące wydaje się odkrycie w ostatnich latach nowej klasy leków: mimetyków inkretynowych, czyli substancji naśladujących działanie inkretyny (inkretyny są hormonami przewodnictwa pokarmowego wydzielanymi w odpowiedzi na posiłek). Jedną z nich jest GLP-1 glukagonopodobny peptyd-1, który zwiększa wyrzut insuliny i obniża sekrecję glukagonu w zależności od stężenia glukozy. Analogi GLP-1 ułatwiają redukcję masy ciała bez poważniejszych objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego. Indukując uczucie sytości i spowalniając motorykę, korzystnie wpływają na profil lipidowy i obniżenie ciśnienia.

W czerwcowym numerze Lancetu J. Buse przedstawił wyniki badania LEAD-6 (wcześniej prezentowane na Kongresie Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Nowym Orleanie) dotyczące oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowania dwóch analogów GLP-1: liraglutidu i eksenatyd.

W badaniu wzięło udział 464 pacjentów z niezadowolająco kontrolowaną cukrzycą typu 2 pomimo stosowania maksymalnych dawek metforminy, sulfonilomocznika lub obu tych leków. Pacjentów losowo przydzielono do grup: otrzymującej liraglutyd 1 raz dziennie lub eksenatyd 2 razy dziennie. Po 26 tygodniach leczenia okazało się, że w grupie otrzymującej liraglutyd uzyskano znacząco obniżenie stężenia HbA1c i niższe wartości glikemii na czczo, niż w grupie leczonej eksenatydem. Obydwa analogi GLP-1 spowodowały redukcję masy ciała o ok. 3 kg, poprawiały profil lipidowy i obniżały ciśnienie krwi potencjalnie obniżając ryzyko sercowo-naczyniowe. Liraglutyd znacznie obniżał stężenie trójglicerydów i wolnych kwasów tłuszczowych niż eksenatyd. Najczęstszymi objawami niepożądanymi były zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka), przeważnie ustępujące w trakcie leczenia.

Rozważając stosowanie liraglutidu należy wziąć pod uwagę możliwość wystąpienia zapalenia trzustki i nie zalecać go w przypadku współistnienia innych czynników ryzyka (takich

jak kamica pęcherzyka żółciowego, hipertrójglicydemia, alkoholizm) oraz guzów tarczycy. Dane FDA wskazują na nieco zwiększoną częstość raka brodawkowatego tarczycy, a w badaniach doświadczalnych występowanie raka rdzeniastego tarczycy u gryzoni. Analogi GLP-1 zostały włączone do leczenia cukrzycy typu 2, a w świetle badania LEAD-6 liraglutyd wydaje się, że znacząco poprawę kontroli glikemii i jest lepiej tolerowany.

oprac. dr Anna Lewandowska
na podst. The Lancet 2009, 9683, 4-6

Modafinil
– ryzyko uzależnienia

Modafinil, lek stosowany w leczeniu narkolepsji, coraz częściej jest stosowany poza wskazaniami, w celu osiągnięcia poprawy funkcji poznawczych w przypadku różnych zaburzeń psychicznych (schizofrenia, ADHD). Zarejestrowany był jako lek, który nie wykazuje działania stymulującego poprzez wzrost poziomu dopaminy pozakomórkowej, jednak obecne wstępne badania przedkliniczne sugerują, że tak nie jest. W badaniach na 10 zdrowych ochotnikach zastosowano terapeutyczne dawki leku (200, 400 mg podane doustnie). Do zmierzenia efektu jaki wywołuje modafinil na poziom dopaminy pozakomórkowej oraz na transportery dopaminy wykorzystano pozytronowy tomograf emisyjny i zastosowano 11C-raklopid (radioligand czuły na zmiany endogennej dopaminy) i 11C-kokainę (radioligand nośnika dopaminy). Wyniki badań wskazują, że modafinil blokuje nośniki dopaminy i zwiększa poziom dopaminy w mózgu człowieka (również w jądrze półkuli). Ponieważ lek ten zwiększa poziom dopaminy właśnie w jądrze półkuli, tym samym posiada potencjalne działanie uzależniające. Biorąc pod uwagę wzrastające zastosowanie modafinilu, należałoby zwrócić większą uwagę na ostrzeżenie lekarzy i pacjentów przed niebezpieczeństwem uzależnienia od tego leku.

oprac. dr Anna Goldnik
na podstawie JAMA, 2009, 11, 1148-9

Czwarta generacja
fluorochinolonów
w leczeniu gruźlicy

Pierwszym prawdziwym osiągnięciem w leczeniu gruźlicy było wprowadzenie w połowie lat czterdziestych ubiegłego wieku streptomycyny, a także synteza kwasu p-aminosalicylowego.

Następnym przełomem było opatentowanie równoległe przez 3 firmy farmaceutyczne hydrazidu kwasu izonikotynowego, czyli izoniazidu. Trzecim i na razie ostatnim dużym osiągnięciem było wyizolowanie antybiotyków z grupy ryfamycyn w roku 1959.

Dopiero po prawie dwudziestu latach wprowadzono schemat leczenia gruźlicy polegający na podawaniu izoniazidu łącznie z ryfamycyną. Trzy lata po zidentyfikowaniu ryfamycyny zsyntetyzowano kwas nalidiksowy, który stał się później punktem wyjścia do syntezy fluorochinolonów. Grupa ta okazała się być aktywna przeciw prątkom *M. tuberculosis* i może stać się nową klasą silnych leków przeciwgruźliczych.

Prawie wszystkie fluorochinolony wykazują aktywność przeciw prątkom, jednak najsilniej działa czwarta generacja, czyli gatifloksacyna i moksifloksacyna. Przeprowadzono badania nad zastosowaniem izoniazidu, ryfamycyny i pirazynamidu łącznie z moksifloksacyną lub łącznie z etambutolem (który spełniał rolę kontroli, jako że nie wpływa na siłę działania izoniazidu, ryfamycyny i pirazynamidu).

Wyniki badań są obiecujące i wskazują, że moksifloksacyna i prawdopodobnie gatifloksacyna mogą przyczynić się do skrócenia czasu leczenia gruźlicy. Obecnie zalecany okres leczenia to 6 miesięcy.

Głównym problemem do rozwiązania pozostaje oporność prątków na wiele leków. Wydaje się, że czwarta generacja fluorochinolonów wykazuje potencjalne możliwości leczenia nieskomplikowanych przypadków gruźlicy opornej na leki.

oprac. dr Anna Goldnik
na podstawie The Lancet 2009, 9670, 1148-9

Życie zwawsze niż prawo

Piotr Zaborowski

W preambule Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej z 1997 r., w kontekście zastosowań biologii i medycyny, powszechnie nazywanej Europejską Konwencją Bioetyczną (EKB), wielokrotnie powtarza się odwołanie do pojęcia godności istoty ludzkiej.

Pojęcie to, traktowane jako wyznacznik podstawowego prawa człowieka, nie pojawiło się przypadkiem. Przekonanie, że życie samo w sobie nie jest wartością najwyższą, jeśli nie towarzyszy mu godność i że to ona pozwala każdemu człowiekowi wypełniać wartość życia, kształtowało się przez niemal cały XX w.

Artykuł 2 Konwencji jednoznacznie przyznaje pierwszeństwo godności istoty ludzkiej nad interesami zarówno społeczności, jak i nauki. Trudno ocenić, jaki wpływ na tak mocne sformułowanie miały doświadczenia najnowszej historii

ludzkości z Holocaustem, doświadczeniami na więzieniach w hitlerowskich obozach koncentracyjnych, japońskimi zbrodniami wojennymi na jeńcach czy już całkiem powojennej praktyki prowadzenia badań naukowych w Stanach Zjednoczonych z udziałem Afroamerykanów czy więźniów.

Oczywistej wzniosłości artykułu 2 przeczy nieco fałszywa nuta artykułu 3, który realizację potrzeb zdrowotnych odnosi do dostępnych środków (nakładów), a dokonywanie ich podziału z zachowaniem zasady równości i odpowiedniej jakości dostępu do ochrony

zdrowia pozostawia prawnodawcom, politykom i organizatorom systemów ochrony zdrowia.

Jako lekarza zajmującego się od ponad 30 lat zagadnieniami etyki lekarskiej cieszą mnie, ale zarazem i smucą zapisy rozdziału II dotyczące świadomej zgody. To, co dawniej było kwestią wzajemnego zaufania, stało się przedmiotem szczegółowych regulacji. Gdyby założyć pełną słuszność racji, że zjawisko prawa i norm prawnych nabiera szczególnego znaczenia tam, gdzie normy

etyczne okazują się niewystarczające i zagrożone ryzykiem ciągłego ich naruszania, to regulacja prawna sposobu, form i zakresu uzyskiwania świadomej zgody byłaby czymś cennym, bo dodatkowo porządkującym i tak wykonywane powinności. Jeśli jednak przepisy prawne są sformułowane niejasno i niejednoznacznie, a za ich naruszenie grożą określone sankcje zawodowe, cywilnoprawne i karne, to sprawa mocno się komplikuje. Prawo zamiast określać ramy pożądanych zachowań nakazuje pod groźbą sankcji domyślać się jak postępować, by nie zostać oskarżonym o jego naruszenie. Stąd na przykład powszechne, chociaż wcale nie wymagane przez przepisy prawne, prośenie przez lekarzy o zgodę na pobranie narządów do przeszczepów członków rodzin osób zmarłych w wypadkach.

Nie chcę rozstrzygać dylematu, jaki często pojawia się w dyskusjach lekarzy z prawnikami, na temat tego, czy zasady etyki zawodowej mogą dominować nad prawem i czy są od niego ważniejsze. Taka teza jest fałszywa. Prawo jest po to, by go przestrzegać. Równocześnie przed uchwaleniem prawa niezbędny jest namysł nad właściwą filozofią jego tworzenia. Jeśli prawo traci funkcję regulacyjną, a skupia się jedynie na katalogu granic, których przekroczenie podlega karze, to zaprzecza nadrzędnej idei, której powinno służyć. W żaden sposób nie chcę też negować udziału prawników w tworzeniu przepisów kształtujących działania lekarzy, w tym także tak istotnych dokumentów korporacyjnych jak Kodeks Etyki Lekarskiej. Jestem jednak przeciwny pogładowi, że prawnicy wiedzą lepiej, co powinno być uregulowane. Jeśli prawo medyczne, w tym bioetyczne ma regulować ważne zagadnienia relacji zawodów medycznych z pacjentami, to prawnicy nie

mogą stawać w pozycji „obrońców” czyichkolwiek interesów. Niestety, zdarza się, że pozycja „ochrony interesów pacjenta” w domyśle zakłada, że lekarze czy naukowcy bez tej regulacji będą stali wobec tego interesu w jakiejś opozycji. Stąd tylko krok do nieuprawnionego uogólnienia, że lekarze i naukowcy, jeśli im na to pozwolić, będą dbali wyłącznie o własne interesy i korzyści. Gdyby tak rzeczywiście było, to skąd tylu lekarzy jest przeciwnych klonowaniu lub przerywaniu ciąży, i to nie ze względu na przekonania religijne, ale ze względu na pryncypia. Taką zasadą podstawową jest również poczucie odpowiedzialności naukowców za przyszłe skutki wyników eksperymentów biomedycznych.

W przypadku przerywania ciąży jest to sprzeciw wobec braku odpowiedzialności i narażanie zdrowia psychicznego i fizycznego młodych kobiet, które zamiast niepożądaną ciążę zapobiegać, traktują jej usunięcie jak zabieg kosmetyczny lekceważąc potencjalnie szkodliwe skutki zdrowotne, np. ryzyko niepłodności. W przypadku klonowania jest to sprzeciw dotyczący skutków ingerencji w podstawy bycia istotą ludzką.

Życie idzie naprzód szybciej niż regulacje prawne. Skoro sami prawnicy spierają się między sobą o zakresy znaczeniowe wielu sformułowań stosowanych w aktach prawnych, to jak dalece powinna sięgać ingerencja prawa w ulotne i mocno wieloznaczne sfery intencji, np. działania dla dobra chorego czy zapewnienia mu pomocy zgodnej z najnowszą wiedzą i osiągnięciami nauki? Takim „dobrem” może być żądanie spełnienia potrzeby „bycia pięknym”. Pojęcie „piękna” jest mocno rozmyte, a zabieg powiększenia piersi czy podciągnięcia pośladków niekoniecznie spełnia kryteria tego, co nazywa się leczeniem. Z drugiej strony najnowsza wiedza i osiągnięcia nauki

przełożone na metody lecznicze mogą okazać się bardziej ryzykowne niż metody tradycyjne.

Odpowiedź na pytanie, czego potrzebują lekarze od prawa bioetycznego, jest pozornie trywialnie prosta: zaufania i współpracy. Jeżeli bowiem założyć, że nawet najdoskonalsze prawo spisane i uchwalone pozostaje w tyle za zdarzeniami możliwymi w prawdziwym życiu – to nowelizacje tego prawa polegające na uszczegółowianiu przepisów zawsze będą w jakiś sposób krępowały zarówno postęp nauki, jak i codzienną praktykę lekarską. Już teraz wielu lekarzy mniej myśli o racjonalności swojego postępowania, a więcej o zabezpieczeniu przed potencjalnymi roszczeniami. Takie postępowanie bezsensownie wyczerpuje ograniczone zasoby środków publicznych i prywatnych przeznaczanych na ochronę zdrowia wszystkich obywateli.

Z pewnością Europejska Konwencja Bioetyczna jest rodzajem igły kompasu wskazującego kierunek, w jakim powinny podążać zapisy prawa medycznego poszczególnych krajów regulujące funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia czy prowadzenia badań naukowych.

Europejska Konwencja Bioetyczna jest obowiązującym dokumentem prawnym od 10 lat. Niedawno w Hiszpanii, która parafowała Konwencję, urodził się Javier, chłopczyk, którego zarodek został wybrany spośród kilku innych i wszczepiony do macicy matki jako najodpowiedniejszy dla pozyskania przy porodzie komórek macierzystych z krwi pępowinowej i możliwości uratowania jego sześciolatniego brata, cierpiącego na bardzo rzadką postać niedokrwistości. Życie znowu wyprzedziło regulacje prawne.

Autor jest profesorem medycyny na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Problemy internistyczne w okresie ciąży

Klinika Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych oraz Studium Medycyny Rodzinnej CMKP zapraszają na kurs „Problemy internistyczne w okresie ciąży”, 14 maja br., o godz. 14.00, w siedzibie CMKP w Warszawie, ul. Marymoncka 99/103, sala zielona – koło bufetu.

Informacje i zgłoszenia: Studium Medycyny Rodzinnej CMKP, ul. Schroegera 82, 01-828 Warszawa, tel. 22-5601-081 do 082, faks 22-5601-089, e-mail: smr@cmkp.edu.pl

Kurs doskonalący, bezpłatny. Punkty edukacyjne. Materiały szkoleniowe.

Najczęstsze problemy i niejasności

Marek Szewczyński

Jak wiadomo, od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej w maju 2004 r. polskich lekarzy i lekarzy dentystów obejmują przepisy o wzajemnym uznawaniu kwalifikacji zawodowych, które umożliwiają w stosunkowo szybki i prosty sposób uzyskać uprawnienia do wykonywania zawodu w innym państwie członkowskim.

Staż podyplomowy i LEP (LDEP) w odniesieniu do absolwentów polskich uczelni, którzy nie zamierzają wykonywać zawodu w Polsce

W odniesieniu do zawodów lekarza i lekarza dentysty przepisy Dyrektywy 2005/36/WE harmonizują kształcenie poprzez określenie minimalnych wymogów, jakie musi spełniać kształcenie we wszystkich państwach członkowskich. Harmonizacja dotyczy kształcenia przeddyplomowego, czyli do momentu ukończenia studiów lekarskich lub lekarsko-dentystycznych i uzyskania dyplomu. Oznacza to, że studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne we wszystkich państwach członkowskich muszą spełniać co najmniej wymogi określone w odpowiednich przepisach Dyrektywy 2005/36/WE.

Państwa członkowskie mogą jednak określać dodatkowe wymogi, które absolwenci tych studiów muszą spełnić, aby uzyskać pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu. Te dodatkowe wymogi mogą wiązać się z koniecznością odbycia stażu zawodowego o określonym czasie trwania i programie, podczas którego lekarz posiada ograniczone uprawnienia zawodowe i pracuje pod nadzorem innego lekarza, lub z koniecznością złożenia egzaminu państwowego. Jeżeli w danym państwie przewidziane są takie dodatkowe wymogi, dokumenty potwierdzające ich spełnienie są wskazane w odpowiednim załączniku do Dyrektywy 2005/36/WE, jako dokumenty towarzyszące dyplomowi. Wynika z tego, że osoby, które uzyskały dyplom w tym

państwie, powinny spełniać te dodatkowe wymogi także przy ubieganiu się o uznanie kwalifikacji zawodowych w innym państwie członkowskim, ponieważ państwo to może w świetle Dyrektywy wymagać nie tylko dyplomu, ale również spełnienia tych dodatkowych wymogów.

Jest co prawda teoretycznie możliwe, że dane państwo członkowskie od tego odstępuje i przyznaje na swoim terytorium pełne uprawnienia osobie, która nie spełniła dodatkowego wymogu. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że takie przyznanie uprawnień nie ma wpływu na decyzje podejmowane w innych państwach i w przyszłości może się okazać, że kolejne państwo w celu uznania polskich kwalifikacji zawodowych wymagać będzie spełnienia omawianych wymogów.

Wydaje się więc, że **najkorzystniejszym rozwiązaniem dla absolwentów polskich uczelni jest w możliwie krótkim czasie po ukończeniu studiów odbyć staż podyplomowy lub uzyskać uznanie stażu podyplomowego odbytego za granicą oraz złożyć egzamin państwowy, nawet jeżeli nie planują obecnie wykonywać zawodu w Polsce** a jednocześnie w innym państwie członkowskim mają możliwość uzyskania uprawnień zawodowych bez względu na to, czy odbyli w Polsce staż i złożyli egzamin państwowy.

Należy podkreślić, że dotyczy to wszystkich absolwentów polskich uczelni, zarówno

Organy samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce, zarówno okręgowe rady lekarskie, jak i Naczelna Rada Lekarska, są w pełnym zakresie zaangażowane w funkcjonowanie unijnego systemu uznawania kwalifikacji, podejmując decyzje w zakresie uznawania w Polsce kwalifikacji uzyskanych w innych państwach oraz zapewniając polskim lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji za granicą pomoc administracyjną poprzez wydawanie różnego rodzaju zaświadczeń przewidzianych przez przepisy unijne. W ramach Naczelnej Izby Lekarskiej działa Ośrodek Uznawania Kwalifikacji, który wspomaga okręgowe izby lekarskie, a także udziela informacji i porad bezpośrednio zainteresowanym lekarzom, często kontaktując się w ich sprawach z właściwymi urzędami w innych państwach.

Wielu polskich lekarzy i lekarzy dentystów skorzystało już z powyższych możliwości, występując z wnioskami do właściwych urzędów w innych państwach i podejmując następnie pracę w tych państwach. Szacunkowe dane na temat liczby lekarzy i lekarzy dentystów, którzy pracują poza Polską, są na bieżąco prezentowane przez samorząd lekarski oraz przez media.

Liczba lekarzy i lekarzy dentystów z innych państw członkowskich, którzy wystąpili o uznanie kwalifikacji w Polsce jest jak na razie stosunkowo niska (w latach 2005-2008 osobom, które uzyskały kwalifikacje w innych państwach członkowskich, przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza w ok. 50 przypadkach, a lekarza dentysty w ok. 15 przypadkach), co nie jest chyba zaskoczeniem.

Warto pamiętać, że system uznawania kwalifikacji pozwala także polskim lekarzom na uznanie w Polsce specjalizacji, które uzyskali w innych państwach. Z tej możliwości skorzystało już wielu lekarzy, występujących głównie o uznanie specjalizacji uzyskanych w Niemczech.

Unijny system uznawania kwalifikacji funkcjonuje w Polsce już ponad 5 lat, nadal jednak pojawiają się problemy i niejasności związane z przepisami, które regulują zasady i tryb uznawania kwalifikacji.

W kolejnych numerach „GL” chcę przedstawić i wyjaśnić wybrane kwestie, które często są nie w pełni jasne i bywają źle rozumiane, a mogą mieć istotny wpływ na aktualną lub przyszłą sytuację zawodową.

no tych, którzy są obywatelami polskimi, jak i tych, którzy są cudzoziemcami i studiowali w Polsce w języku obcym. Z tego m.in. względu w ramach nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadzona została możliwość składania Lekarskiego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego także w języku, w jakim były prowadzone w polskich uczelniach medycznych studia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, pod warunkiem, że dana osoba ukończyła studia w tym języku. Celem takiego rozwiązania jest umożliwienie wszystkim absolwentom polskich uczelni medycznych, także tym nie władającym językiem polskim, uzyskania pełnych kwalifikacji zawodowych podlegających automatycznemu uznaniu w innych państwach członkowskich. Studenci anglojęzyczni – w tym bowiem języku prowadzone są obecnie na polskich uczelniach studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne, mogą obecnie składać egzamin państwowy w języku angielskim. Natomiast w odniesieniu do stażu podyplomowego istnieje dla nich możliwość odbycia stażu poza granicami Polski i wystąpienia do ministra zdrowia o uznanie tego stażu za równorzędny ze stażem polskim.

Warto jednak w tym miejscu wskazać na niedociągnięcia legislacyjne, które w praktyce mogą uniemożliwiać skorzystanie z powyższych rozwiązań osobom nie władającym językiem polskim.

Zgodnie bowiem z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z wnioskiem do ministra zdrowia o uznanie stażu podyplomowego odbytego za granicą za równoważny w całości ze stażem obowiązującym w Polsce może wystąpić lekarz bądź lekarz dentysta posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu na obszarze Polski. Rozporządzenie przewiduje ponadto, że lekarz, lekarz dentysta zamierzający przystąpić do egzaminu państwowego składa wniosek, który zawiera m.in. numer dokumentu „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.

Jednocześnie zaś jednym z warunków przyznania przez okręgową radę lekarską ograniczonego prawa wykonywania zawodu, wynikającym z przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jest władanie językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty.

Jak widać, wskazana jest pilna nowelizacja powyższych przepisów, aby uniknąć tego rodzaju niepotrzebnych komplikacji formalnoprawnych.

Autor jest pracownikiem Ośrodka Uznawania Kwalifikacji NIL

Ze studentem do ginekologa

Z Marcinem Bobińskim, studentem medycyny lubelskiego Uniwersytetu Medycznego rozmawia Anna Augustowska

• *Wymyślony i opracowany przez polskich studentów medycyny projekt edukacyjny dla młodzieży „Pierwsza wizyta u ginekologa” właśnie zaczął robić karierę w Peru. Wkrótce będzie wprowadzony także w Tunezji, Chile... To chyba powód do dumy?*

– Zdecydowanie tak! Tym bardziej, że ten projekt zaledwie od niespełna roku ma rangę międzynarodową. To naprawdę sukces, że tak szybko podchwycili go koledzy z tak odległych, egzotycznych wręcz zakątków świata.

• *Do tej pory projekt realizowany był tylko w Polsce?*

– Projekt opracowano przed kilku laty. Muszę to wyraźnie podkreślić – powstał w ramach Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, które od blisko 60 lat jest członkiem międzynarodowej federacji stowarzyszeń studentów medycyny. Jest to niezależna, pozarządowa i apolityczna organizacja, która obecnie zrzesza ponad dwa miliony studentów z 95 krajów. Działalność IFMSA jest podzielona na sześć programów stałych: zdrowie publiczne, edukacja publiczna, praktyki wakacyjne, wymiana naukowa, prawa człowieka i pokój, a także program dotyczący zdrowia reprodukcyjnego i AIDS. Celem tego ostatniego jest dotarcie do jak najszerzej grupy odbiorców i przekazywanie jasnej, fachowej wiedzy na tematy związane z wychowaniem seksualnym, chorobami przenoszonymi drogą płciową i ich profilaktyką.

I to właśnie w tym oszarze działa polski projekt o „Pierwszej wizycie...”.

• *Proszę nie być tak skromnym! Procedura wprowadzenia projektu do puli projektów międzynarodowych wcale nie jest taka oczywista!*

– To prawda. „Pierwsza wizyta...” jest pierwszym od wielu lat polskim projektem, który osiągnął tę rangę. Już dwa lata temu wysłaliśmy jego opis do biuletynu IFMSA i dostaliśmy nagrodę im. Rexa Crossleya (twórcy IFMSA), która jest przyznawana dla projektu, który ma największe perspektywy rozwoju. Tym samym polski projekt „wypłynął na międzynarodowe wody” i od marca 2009 r. mogą z niego korzystać wszyscy studenci zrzeszeni w IFMSA na świecie. Pierwsi, którzy się nim zainteresowali, to Słowacy, którzy już go realizują u siebie, następnie projekt rozpoczął działalność w Peru. Studenci z Chile, Tunezji i Malty właśnie przygotowują się do uruchomienia projektu u siebie. Mam nadzieję, że do dalszego jego rozwoju przyczyni się fakt, iż będzie prezentowany na General Assembly (czyli światowym zjeździe studentów medycyny) w Tajlandii, gdzie jadę wkrótce i będę mógł osobiście zachęcać studentów z całego świata do wprowadzenia go do szkolnej edukacji. Moją ambicją jest rozpoczęcie jego realizacji w krajach islamskich.

• *Wróćmy na chwilę do Polski, gdzie od około 8 lat projekt jest realizowany przez studentów medycyny. Jest popularny? Dyrekcje zabiegają, abyście takie lekcje prowadzili?*

– Hmmmm... Bywa różnie. Mimo że nie poruszamy w czasie tych lekcji spraw drażliwych jak antykoncepcja, aborcja, *in vitro* itd. – o tym mogą mówić tylko lekarze, a nie studenci – to dość często słyszymy, że szkoła realizuje te zagadnienia na lekcjach wychowawczych czy biologii; że nie widzą potrzeby; że mają fachowców na miejscu. Nie naciskamy. Chociaż wiemy, że wiedza na ten temat wśród polskiej

młodzieży jest niska i pozostawia wiele do życzenia. Ale jest też bardzo wiele szkół – program adresowany jest do dziewcząt w wieku 16-19 lat (to nie jest obligatoryjne, jeśli szkoła chce, robimy te lekcje koedukacyjnie) – które od lat z nami współpracują i systematycznie, w każdym kolejnym roku szkolnym jesteśmy zapraszani na lekcje.

• *Przynosicie wtedy fotel ginekologiczny?*

– Fotela nie, ale np. wziernik. Tak naprawdę te lekcje (45 lub 90 min.), to przede wszystkim edukacja w zakresie problemów związanych z wczesną prewencją raka sutka (uczymy samobadania piersi) oraz nowotworów narządu rodowego. Jasne, że omawiamy też przebieg wizyty u ginekologa. Dzięki temu obniżamy poziom lęku u dziewczyn, przełamujemy stereotypy i uczymy w ogóle mówienia o tych sprawach. Jeśli uczestniczą w nich chłopcy, to jest szansa, że swoją wiedzą podzielą się np. z matkami, siostrami i swoimi dziewczynami. Zagadnienia takie jak profilaktyka AIDS i choroby przenoszone drogą płciową są ważne dla wszystkich, niezależnie od płci.

• *Dużo pan takich lekcji przeprowadził?*

– Z pewnością nie jestem rekordzistą, w naszym stowarzyszeniu pracuje bardzo wielu doświadczonych edukatorów, niektórzy z nich mogą się pochwalić ponad setką przeprowadzonych lekcji. Osobiście od kilku lat zajmuję się szkoleniem studentów, którzy następnie swoją wiedzę przekazują uczniom. Generalnie obliczyliśmy, że w naszych zajęciach w 2009 r. uczestniczyło ponad trzy i pół tysiąca uczniów.



VII Światowy Kongres Polonii Medycznej Spotkajmy się w Toruniu!



„Medycyna XXI wieku – możliwości i zagrożenia” tak brzmi hasło VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, który zaplanowano na 24-26 czerwca 2010 w Toruniu. To największe na świecie spotkanie polonii medycznej odbywa się co kilka lat w jednym z miast Polski. Poprzedni Światowy Kongres Polonii Medycznej miał miejsce w Częstochowie i zgromadził prawie półtora tysiąca lekarzy. Z uwagi na kryzys ekonomiczny trudno będzie poprawić ten wynik w Toruniu. Organizatorzy – Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska i Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych liczą jednak na udział w Kongresie kilkuset lekarzy z zagranicy i z Polski.

Tym co wyróżnia światowe spotkania Polonii medycznej jest ich naukowo-integracyjny charakter. Tak będzie i tym razem. Z jednej strony Kongres będzie wyjątkową okazją do wymiany doświadczeń specjalistów z wielu dziedzin medycyny, praktykujących w różnych krajach, z drugiej – miejscem spotkań towarzyskich. Program naukowy przygotowuje profesor Marek Rudnicki, chirurg i działacz polonijny z Chicago, a zarazem Prezydent Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Profesor Rudnicki jest znany m.in. jako założyciel i wieloletni koordynator Polsko-Amerykańskiego Programu Walki z Rakiem Piersi oraz organizator szkoleń polskich chirurgów w Stanach Zjednoczonych. W uznaniu licznych zasług w działalności polonijnej profesor Marek Rudnicki został uhonorowany Platynowym Laurem „Ambasador Spraw Polskich”. Gościem specjalnym toruńskiego Kongresu będzie profesor Maria Siemionow z Cleveland Clinic – chirurg i transplantolog, która w grudniu 2008 roku dokonała pierwszej w USA i czwartej na świecie operacji przeszczepienia twarzy. Profesor Siemionow wygłosi wykład „Całkowity przeszczep twarzy – marzenie i rzeczywistość”.

Na zakończenie drugiego dnia obrad zaplanowano uroczystą biesiadę w położonej w malowniczej Dolinie Drwicy Osadzie Karbówko. Kongres będzie też świetną okazją do spotkań towarzyskich o charakterze nieformalnym. Toruń nadaje się do tego wprost idealnie. Największą chlubą liczącego 210 tysięcy mieszkańców miasta jest wpisana na listę Światowego Dziedzictwa UNESCO starówka. Tu w odległości, którą można pokonać trwającym nie dłużej niż kilkanaście minut spacerem, znajduje się około 140 (!) lokali gastronomicznych, oferujących różne standardy i kuchnie, a także niepowtarzalne aranżacje wnętrz i atmosferę. W sezonie letnim kilkanaście restauracji działa na przylegającym do Wisły bulwarze jak również na samej rzece, stwarzając po zapadnięciu zmroku, doskonałą możliwość do podziwiania panoramy Starego Miasta od strony Wisły, uznanej za jeden z „7 Cudów Polski.” Sugerujemy rozważyć przyjazd do Torunia kilka dni przed rozpoczęciem Kongresu lub przedłużenie pobytu. Piękne miasto Kopernika może być wspaniałym wa-

kacyjnym celem dla rodziny i znajomych. Warto zaznaczyć, że liczba osób towarzyszących uczestnikom Kongresu jest nieograniczona. Poza tym osoby towarzyszące, o ile nie będą brać udziału w obradach, zwolnione są z opłaty kongresowej. Niezależnie od wieku i profesji nikt nie będzie się nudził. Na chętnych czeka największa po Krakowie liczba zabytków architektury gotyckiej, najlepiej wyposażone w Polsce Planetarium, jedyny w kraju, położony w centrum miasta skansen, dwa teatry, sale kinowe i koncertowe, piękny ogród zoobotaniczny, urokliwe trasy spacerowe i rowerowe, a także najnowocześniejszy stadion żużlowy na świecie, gdzie kilka dni przed Kongresem odbędzie się jedna z rund Grand Prix. A jeśli komuś nie wystarczy toruńskich atrakcji, może wybrać się do odległej o 40 kilometrów Bydgoszczy i przespacerować się po ślicznej Wyspie Młyńskiej, tudzież do położonych w jeszcze bliższej odległości Ciechocinka z najbardziej znanymi w Polsce tężniami, Chełmna z doskonale zachowanym średniowiecznym zespołem staromiejskim, Golubia-Dobrzyńa ze słynącym z turniejów rycerskich zamkiem lub Solca Kujawskiego, gdzie znajduje się okazały JuraPark.

Szczegółowe informacje na temat VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej można znaleźć na stronie:

kongrespoloniimedycznej.org.pl

W imieniu Komitetu Organizacyjnego:
Sławomir Badurek
wiceprzewodniczący ORL
Kujawsko-Pomorskiej OIL w Toruniu



Chirurg i anestezjolog – razem czy oddzielnie?



Współdziałanie lekarza chirurga i lekarza anestezjologa jest niezbędne w trakcie wykonywania zabiegów operacyjnych.

W praktyce powstaje jednak wiele wątpliwości dotyczących zakresu obowiązków poszczególnych lekarzy i rodzaju odpowiedzialności, jaką mogą ponieść w przypadku negatywnych następstw lub powikłań wykonanego zabiegu. Niniejsze opracowanie ma na celu wyjaśnienie relacji prawnych między lekarzem chirurgiem i lekarzem anestezjologiem w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz określenie zakresu obowiązków każdego z nich.

Obowiązki lekarza anestezjologa zostały określone w rozporządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej z 27.02.1998 r. – dalej: *RwAiIT* (Dz. U. 1998 r., nr 37, poz. 215, ze zm.).

Zgodnie z *RwAiIT* do obowiązków lekarza anestezjologa należy między innymi:

- przeprowadzenie badania kwalifikującego do zabiegu operacyjnego,
- współuczestniczenie w tworzeniu planu operacyjnego,
- dobranie rodzaju i sposobu znieczulenia do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz specyfiki przeprowadzanego zabiegu,
- pobranie od pacjenta świadomej zgody na wykonanie znieczulenia,
- poinformowanie pacjenta o dających się przewidzieć i znanych w świetle aktualnej wiedzy medycznej następstwach i powikłaniach planowanego znieczulenia,
- sprawdzenie wyposażenia stanowiska znieczulenia przed wykonaniem zabiegu,
- skontrolowanie aparatury i sprzętu do znieczulenia,
- skontrolowanie właściwego oznakowania płynów infuzyjnych oraz testów zgodności preparatów krwi,
- dokonanie identyfikacji pacjenta, który poddawany jest znieczuleniu,

- ułożenie pacjenta do znieczulenia. Należy przy tym podkreślić, że *RwAiIT* nie określa wprost, że ułożenie pacjenta do znieczulenia jest obowiązkiem lekarza anestezjologa. Nie sposób jednak przyjąć, że lekarz anestezjolog ma obowiązek wykonania znieczulenia, a sam obowiązek ułożenia pacjenta do tego zabiegu miałby spoczywać na kimś innym. Oczywiście jest przy tym, że ułożenie pacjenta może zostać zlecone przez lekarza anestezjologa personelowi pomocniczemu, np. pielęgniarskiemu, niemniej nadzór nad tymi czynnościami musi być sprawowany przez lekarza anestezjologa. Kwestią problematyczną jest przypisanie obowiązku polegającego na ułożeniu pacjenta do zabiegu operacyjnego, po wykonaniu znieczulenia. W związku z faktem, że sam zabieg operacyjny wykonywany jest przez lekarzy chirurgów, należy przyjąć, że ułożenie pacjenta do zabiegu operacyjnego, jak również zweryfikowanie zakresu pola operacyjnego należy do lekarzy wykonujących zabieg. Podobnie jak w przypadku lekarza anestezjologa, ułożenie pacjenta może zostać zlecone wykwalifikowanemu w tym zakresie personelowi pomocniczemu.
- nadzór nad transportem pacjenta bezpośrednio po zakończeniu znieczulenia lub sedacji,
- prowadzenie intensywnej terapii, w tym monitorowanie stanu zdrowia pacjenta w okresie pooperacyjnym.

Uwaga! Lekarz anestezjolog ponosi odpowiedzialność za błędy w sztuce popełnione w trakcie czynności leczniczych wchodzących w zakres jego specjalności, niepostrzeżenie od pacjenta zgody na znieczulenie, pobranie od pacjenta zgody nieświadomej (czyli zgody, która nie została poprzedzona przystępną dla pacjenta informacją dotyczącą negatywnych następstw i powikłań, które mogą wystąpić w związku z wykonaniem znieczulenia), wykonanie znieczulenia u niewłaściwego pacjenta.

W odniesieniu do zabiegów wykonywanych w znieczuleniu powstaje pytanie, czy lekarz anestezjolog jest członkiem zespołu operacyjnego czy może odrębnym podmiotem współuczestniczącym w wykonywaniu zabiegu. Odpowiedź na powyższe pytania wiąże się z ustaleniem, czy współdziałanie wielu lekarzy biorących udział w wykonywaniu zabiegu operacyjnego należy identyfikować z odpowiedzialnością zespołową czy też indywidualną odpowiedzialnością poszczególnych lekarzy, nad których działaniami ogólny nadzór sprawuje lekarz kierujący zespołem operacyjnym.

Termin zespołowa opieka lekarska pojawił się w ramach definicji „interdyscyplinarnego procesu leczenia”, która została zaproponowana przez J. Sawickiego. W zakres cytowanego pojęcia wchodziła każda postać współdziałania lekarzy w toku postępowania leczniczego, zarówno, gdy poszczególne czynności wykonywane były indywidualnie, lecz na różnych etapach, jak i wtedy, gdy czynność lecznicza była wykonywana w jednym czasie przez wyodrębniony zespół lekarzy, np. zespół operacyjny. Szerokie rozumienie zespołowości, dotyczące w istocie różnych sytuacji, utrudniało analizę prawną wzajemnych relacji, a w szczególności rodziło problemy dotyczące ustalenia zakresu odpowiedzialności za ewentualne negatywne następstwa wykonanych zabiegów. Problematyka związana z przypisaniem odpowiedzialności za negatywne następstwa udzielonych świadczeń zdrowotnych spowodowało wyodrębnienie w literaturze przedmiotu dwóch sytuacji. Pierwsza z nich dotyczy czynności leczniczych wykonywanych przez zespół lekarzy rozumiany w sensie *stricto* (np. zespół operacyjny), druga zaś odnosi się do postępowania leczniczego, w którym odrębnie uczestniczą lekarze różnych specjalności jednocześnie lub na różnych etapach tego samego procesu.

W odniesieniu do relacji lekarza chirurga – kierującego zespołem i lekarza anestezjologa należy przyjąć, że anestezjolog jest podmiotem współuczestniczącym w zabiegu operacyjnym, którego obecność i umiejętności są niezbędne do wykonania zabiegu. Lekarz anestezjolog nie jest jednak członkiem zespołu operacyjnego, w ścisłym tego słowa znaczeniu. Ścisłe współdziałanie lekarza anestezjologa z zespołem operacyjnym i bezpośredni wpływ czynności podejmowanych przez anestezjologa na działania zespołu operacyjnego i odwrotnie powoduje, że lekarz kierujący zespołem ma obowiązek sprawowania ogólnego nadzoru nad czynnościami podejmowanymi przez anestezjologa.

Lekarz kierujący zespołem operacyjnym jest odpowiedzialny za sprawowanie nadzoru nad przeprowadzanym zabiegiem, w tym również nad korzystaniem z narzędzi niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu. Nie ulega wątpliwości, że przeliczenie i sprawdzenie narzędzi i elementów opatrunkowych po zakończeniu operacji należy do obowiązków instrumentariuszki. Niemniej lekarz kierujący zespołem operacyjnym jest zobowiązany do zachowania należytej staranności w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, w tym również skontrolowania działań poszczególnych członków tego zespołu. Oznacza to, że lekarz chirurg może ponieść odpowiedzialność, na przykład, za zaniechania instrumentariuszki polegające na nieprawidłowym wykonaniu należących do niej obowiązków. Przykładem odpowiedzialności lekarza za pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym jest orzeczenie dotyczące pozostawienia w jamie brzusznej pacjentki kompresu gazowego (OSN z 17.02.1967 r., sygn. I CR 435/66, OSN 10/1967, poz. 177). W niniejszej sprawie sąd stwierdził, że pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym stanowi rażące niedbalstwo lekarza kierującego operacją. Zdaniem sądu do zadań lekarza kierującego zespołem należało sprawdzenie, czy wszystkie kompresy zostały wyjęte, bądź dopilnowanie, aby uczynił to inny członek zespołu operacyjnego. W innej sprawie Sąd zasądził zadośćuczynienie na rzecz pacjenta, któremu podczas operacji stawu łokciowego pozostawiono gazik w obrębie pola operacyjnego. W niniejszej sprawie (orzeczenie SA w Lublinie z 16.12.2003 r., I ACa 573/03), z powodu wieloodłamowego charakteru złamania podjęto decyzję o potrzebie leczenia operacyjnego. Zabieg operacyjny (resekcja złamanej głowy kości promieniowej) wykonano

31 maja 2001 r. Po zabiegu kończynę unieruchomiono gipsem ramiennym. 2 czerwca 2001 r. ponownie wykonano zdjęcie RTG oraz kontrolę rany. 8 czerwca 2001 r. hospitalizację zakończono. 12 czerwca 2001 r. powód zgłosił się do zdjęcia szwów. Po następnych dwóch tygodniach zdjęto gips. Po zdjęciu gipsu stwierdzono obrzęk i bolesność okolic łokcia, w związku z czym zalecono powodowi zabiegi rehabilitacyjne. Brak postępu w usprawnieniu kończyny, bolesność, obrzęk okolic łokcia zadecydowały o podjęciu przez powoda leczenia w oddziale ortopedyczno-urazowym. Pacjent został przyjęty z rozpoznaniem: stan po resekcji głowy kości promieniowej, ropne zapalenie stawu łokciowego. Hospitalizacja prowadzona była w okresie 24.09.-16.10.2001 r. 25 września 2001 r. wykonano zabieg polegający na rewizji rany pooperacyjnej, podczas której usunięto pozostawiony w ranie gazik. Zdaniem Sądu zaniedbanie polegające na pozostawieniu ciała obcego w polu operacyjnym stanowi niezachowanie należytej staranności przez chirurga wykonującego zabieg.

Uwaga! Należy przy tym podkreślić, że fakt odpowiedzialności lekarza chirurga za niedołożenie należytej staranności w trakcie wykonywania operacji nie wyłącza odpowiedzialności innych członków zespołu operacyjnego, w razie ich winy (np. instrumentariuszki za przeliczenie i sprawdzenie użytych do zabiegu narzędzi – OSN z 20.05.1971 r., II CR 115/71).

Odpowiedzialność za niedołożenie należytej staranności przez lekarza kierującego zespołem operacyjnym w odniesieniu do czynności podejmowanych przez lekarza anestezjologa ma nieco odmienny charakter.

Lekarz anestezjolog jest wysoko wykwalifikowanym specjalistą, działającym samodzielnie w zakresie podejmowanych przez siebie czynności i będącym podmiotem niezbędnym, który współdziała z zespołem operacyjnym, ale nie jest jego bezpośrednim członkiem.

Lekarz chirurg kierujący zespołem operacyjnym ma obowiązek ogólnego nadzoru również nad czynnościami osób współuczestniczących w wykonywaniu zabiegu, w tym czynnościami wykonywanymi przez anestezjologa. Obowiązek ogólnego nadzoru dotyczy czynności podejmowanych od chwili przystąpienia do wykonania znieczulenia do momentu jego ustąpienia i opieki w okresie pooperacyjnym. Zaniedbania w prowadzeniu nadzoru stanowią winę

chirurga i są podstawą odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym za szkodę, jakiej doznał pacjent w związku z niewłaściwymi czynnościami wykonanymi przez anestezjologa w okresie pooperacyjnym, niezależnie od odpowiedzialności samego anestezjologa.

Uwaga! Lekarz chirurg kierujący zespołem operacyjnym nie ponosi odpowiedzialności za sam wybór i sposób wykonania czynności, do których zobowiązany jest anestezjolog. Wynika stąd, że lekarz kierujący zespołem ponosi odpowiedzialność jedynie za brak ogólnego nadzoru nad czynnościami podejmowanymi przez anestezjologa. Lekarz chirurg nie ponosi natomiast odpowiedzialności za wybór metod postępowania, jakość wykonania i błędy w sztuce popełnione przez anestezjologa podczas wykonywanych czynności.

Przykład rozdzielenia odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym i lekarza anestezjologa obrazuje orzeczenie Sądu Apelacyjnego z 18.02.1998 r. (Orzeczenie sygn. IACa 715/97, OSA 2/1999 r., poz. 7). W niniejszej sprawie został przeprowadzony zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego. Zabieg operacyjny został przeprowadzony z zachowaniem wszelkich zasad sztuki lekarskiej. Mimo prawidłowego przeprowadzenia operacji pacjent doznał powikłań polegających na uszkodzeniu nerwu piszczelowego, strzałkowego i kulszowego. Ponadto pacjent odczuwał niedowład lewej nogi i paraliż od pasa w dół. Powikłania, które wystąpiły u pacjenta, były wynikiem nieprawidłowego dobrania znieczulenia. Odpowiedzialnością za szkody powstałe u pacjenta został obciążony wyłącznie lekarz anestezjolog, w związku z faktem, że szkoda wyniknęła z winy anestezjologa podejmującego specjalistyczne czynności.

Uwaga! Lekarz kierujący zespołem operacyjnym ponosi odpowiedzialność za pominięcie opinii anestezjologa w zakresie przeciwwskazań do wykonania zabiegu, lub opinii anestezjologa dotyczącej szybszego zakończenia operacji, w związku z pogarszającym się stanem zdrowia pacjenta.

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

Na tego, co kradnie, zawsze kara spadnie

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, działający przy okręgowej izbie lekarskiej, dla każdej nowej sprawy zakłada odrębne akta. Jedne zawierają zaledwie kilka kartek, inne natomiast „puchną” od bogactwa dokumentów. Te, które nas zainteresowały, należą do tych skromniejszych, chociaż poruszana w nich sprawa wcale nie wydaje się być blaha.

Akta sprawy rozpoczyna pismo przewodnie Prokuratury Rejonowej, która w załączeniu przesyła do OROZ odpis aktu oskarżenia przeciwko Doktorowi Tomaszowi

wi (będziemy go tak nazywać dla potrzeb tej publikacji – przyp. red.). W dokumencie czytamy m.in., że lekarz ten, „działając w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, jako osoba uprawniona w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej do wystawiania recept, poświadczal w nich nieprawdę, wystawiając je na nazwiska osób nie istniejących lub nie uprawnionych do refundacji i w ten sposób wyludził pieniądze w łącznej kwocie 15 421,91 zł na szkodę Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia...”

Potem znajduje się protokół z przesłuchania obwi-

nionego lekarza, który mniej więcej przyznał się do winy, zeznając m.in.: „wypisując leki refundowane nie zawsze sprawdzałem, czy podane przez pacjentów dane odpowiadają prawdzie oraz nie weryfikowałem opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne”. Dalej załączono jego wniosek o orzeczenie kary bez przeprowadzenia rozprawy (analogicznie, jak w postępowaniu karnym), a następnie orzeczenie Okręgowego Sądu Lekarskiego, wymierzające Doktorowi Tomaszowi zaproponowaną przez niego karę nagany (sąd powszechny skazał go na dwa lata pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem wykonania na okres lat czterech oraz 5 tys. zł grzywny). Na końcu znajduje się jeszcze trochę dokumentów wynikających z formalnych wymogów postępowania przed sądem lekarskim, jak przedstawienie zarzutów czy wyliczenie kosztów postępowania i sprawa wędruje do archiwum.

Akta postępowań dyscyplinarnego i sądowego z zakresu odpowiedzialności lekarskiej są suche i rzeczowe. W żadnej mierze nie odpowiadają na pytanie o motywy i pobudki postępowania Doktor Tomasz. Istnieje tymczasem wiele powodów sięgania po cudze mienie, np. chęć łatwego i szybkiego wzbogacenia się, tradycja rodzin złodziejskich, pragnienie przeżycia sytuacji dużego ryzyka, nagłe popadnięcie w długi czy... okazja, którą trzeba łapać, bo ucieknie. Występek może wynikać też z presji rywali-

zacji, połączonej z przekonaniem, że zwycięstwo mogą odnieść tylko najsprytniejsi, najbardziej zaradni i najlepiej przystosowani. W takiej sytuacji, najsłabsi sięgają po najłatwiejsze metody, jak chociażby wyludzenie mienia. Ale przywłaszczenie cudzej rzeczy bywa też niekiedy usprawiedliwione, jak chociażby w przypadku wzruszającej historii, opisannej przez Tadeusza Dołęgę-Mostowicza w „Znachorze”, a dotyczącej chirurga – doktora Wilczura, który doznał amnezji.

Doktora Tomasza z pewnością nie można porównywać z doktorem Wilczurem. Jak każdy lekarz, działający w obecnym systemie ochrony zdrowia, miał on bowiem niewątpliwie świadomość, że recepta lekarska to nie tylko kartka papieru, zawierająca informację dla aptekarza, jaki medykament i w jakiej ilości ma wydać pacjentowi. Zapewne wiedział, że to również dokument finansowy w rozliczeniach między apteką a Narodowym Funduszem Zdrowia, który podlega kontroli. Kontrola ta jest niezwykle prosta – w każdej chwili może być przeprowadzana przez NFZ na podstawie danych elektronicznych przesyłanych przez aptekę. Dane te, umieszczone na receptce, zawierają nie tylko jej unikatowy numer oraz kwotę do refundacji za lek, który został wydany po odpowiednio niższej cenie, ale też numery identyfikujące pacjenta oraz informacje o lekarzu, który daną receptę wystawił.

Dlaczego zatem Doktor Tomasz dokonał kradzieży, która z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością zostanie wykryta? – tego nie dowiemy się nigdy, bo takiego pytania nie zadali mu ani okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, ani sędziowie – ci z Okręgowego Sądu Lekarskiego i ci z sądu powszechnego. Oczywiście, nawet gdyby za-

dali, podejrzany, oskarżony, obwiniony (bo w tych rolach występował ów lekarz) ma zawsze prawo nań nie odpowiedzieć. Można jednak przypuszczać, że po prostu Doktor Tomasz zatracił instynkt samozachowawczy. Najprawdopodobniej też przeżył ogromny stres związany z prowadzonymi przeciwko niemu postępowaniami, o czym świadczyć może jego zachowanie. Nie chcąc wszak „świecić oczami” dobrowolnie poddał się karze, wyrównując jednocześnie – i to jednorazowo – wyrządzoną wobec NFZ szkodę (a jej wysokość – o czym już było – przekraczała niebagatelną kwotę 15 tys. zł).

W tytule zawarta jest mądrość jednego z ludowych porzekadeł. Inne natomiast powiada: Kto raz ukradnie, tego zawsze za złodzieja mają.

Jerzy Ciesielski
adwokat

„Panaceum” nr 11-12/2009

Ubezpieczenie ochrony prawnej

Ubezpieczenie ochrony prawnej dla lekarzy to bardzo młody i stosunkowo mało znany produkt na polskim rynku ubezpieczeniowym, ale został już doceniony przez liczną grupę wymagających odbiorców.

Dzieje się tak co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, to ubezpieczenie jest naturalnym uzupełnieniem odpowiedzialności cywilnej lekarza. Po drugie, rozwiązuje szereg problemów z dostępem do natychmiastowej pomocy prawnej i sądownictwa.

Idea ubezpieczeń odpowiedzialności ochrony prawnej sprowadza się do refundacji przez zakład ubezpieczeń kosztów obejmujących niezbędne i celowe wydatki dotyczące obrony interesów prawnych ubezpieczonego.

Do katalogu kosztów pokrywanych przez zakład ubezpieczeń należą, między innymi, wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego, koszty sądowe obejmujące wszystkie opłaty związane z procesem, koszty postępowania egzekucyjnego, koszty postępowania polubownego, opłaty i koszty w postępowaniu przed organami administracji państwowej i samorządowej, koszty poręczenia majątkowego, koszty strony przeciwnej w przypadku przegranego procesu, koszty notarialne, koszty opinii biegłych rzeczoznawców w postępowaniu przedsądowym oraz koszty podróży do sądu zagranicznego. Biorąc zatem pod uwagę obszerność przytoczonych kosztów można pokusić się o ocenę, że dzięki ubezpieczeniu ochrony prawnej można prowadzić postępowania sądowe bez potrzeby ponoszenia jakichkolwiek kosztów. I co najważniejsze koszty te są pokrywane nie tylko, gdy ubezpieczony jest osobą pozwaną, w związku z wyrządzoną szkodą osobie trzeciej, ale także, gdy ubezpieczony ma sam zamiar występować jako powód, a więc chce dochodzić swoich praw, w związku z poniesioną przez siebie szkodą.

W ramach ubezpieczenia pokryte będą też koszty postępowania w sprawach związanych z zawartymi przez lekarza umowami, i to zarówno w zakresie dotyczących Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i z tytułu umowy najmu, umowy dostawy sprzętu czy też z umów o pracę w przypadku lekarzy zatrudnionych na eta-

tach. Ponadto ubezpieczenie będzie pomocne, gdy ubezpieczony będzie podejrzany o popełnienie przestępstwa lub gdy będzie toczyć się w stosunku do niego postępowanie dyscyplinarne.

Dodatkową zaletą produktu jest zagwarantowana w ustawie o działalności ubezpieczeniowej swoboda wyboru przez ubezpieczonego pełnomocnika. Oznacza to, że to ubezpieczony decyduje kto będzie jego pełnomocnikiem. Ta zaleta produktowa była kluczowa dla rozwoju tego ubezpieczenia w innych krajach europejskich, w szczególności w Niemczech, Francji, Włoszech, Szwajcarii czy Wielkiej Brytanii.

W zależności od zakładu ubezpieczeń oferowane są także ubezpieczonym dodatkowe usługi, takie jak telefoniczna informacja prawna czy asysta prawna, dzięki którym ubezpieczeni mają telefoniczny dostęp do prawnika. Niezależnie od tego ubezpieczony może uzyskać wzory pism, umów, adresów i aktów prawnych.

Zatem wskazane wyżej argumenty niewątpliwie wskazują na fakt, iż ubezpieczenie ochrony prawnej zwiększa dostęp do fachowej pomocy prawnej i sądownictwa, a tym samym stanowi element kompleksowej ochrony ubezpieczeniowej lekarza.

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.

Szczególny Pakiet UBEZPIECZENIE MIENIA I RYZYK ŻYCIA CODZIENNEGO

PAKIEŃ 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 ryzyka 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.

Warszawski Dom Lekarza

Warszawski Dom Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 nie wziął się ani z arystokratycznej fortuny, ani z rządowego nadania, ani z dobroci ojców miasta mogących przecież w ten sposób uhonorować ludzi, którzy ich leczą. Ale tak nie zrobili.

Wystarczy porozmawiać z dr. Andrzejem Trzaskowskim, gospodarzem domu i mieszczącego się w nim klubu lekarza, aby zrozumieć, że lekarzom w Warszawie nigdy nie łatwo nie przychodziło.

*

Ulica Raszyńska jest schludna, ale domy przy niej stojące dawno nie były odnawiane. W tym szarym otoczeniu architekturą, starannością obejścia i elegancją świeżej elewacji wyróżnia się posesja po numerem 54. To jest właśnie Dom i Klub Lekarza.

Na parterze obszerna sala o funkcji konferencyjnej i restauracyjnej. Z nią tradycyjnie kojarzy się pojęcie klubu. Klub – to miejsce spotkań, wymiany myśli, dyskusji, sesji naukowych. Obok mniejsze sale na spotkania kameralne.

Te miejsca przywołują historię. Klub nie był miejscem bankietowania. Klub – jako pomieszczenie jest też pojęciem wtórnym w stosunku do starannie dobranych bywalców, czyli członków klubu. A ci spotykali się w określonym celu – w przypadku lekarzy zawsze zawodowym, medycznym, intelektualnym.

Pierwsze piętro Domu Lekarza ma właśnie klubowy charakter – sala spotkań plenarnych i dwie salki na spotkania

kameralne nawiązują swym wystrojem do historii i tradycji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Kiedy w 1820 r. lekarze warszawscy zdołali zarejestrować Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i uzyskali zgodę carskiego namiestnika na spotkanie się w celach dyskusji naukowych i wymiany doświadczeń medycznych – nikt z nich nie marzył jeszcze o klubie. Carscy urzędnicy tolerowali niewielkie zgromadzenia, ale pozostające pod kontrolą i służące tylko upowszechnianiu wiedzy medycznej. Miejscem spotkań były mieszkania prywatne i szpitalne sale ćwiczeń.

Na pierwszym piętrze Klubu Lekarza czas ten, sprzed 190 lat, upamiętnia popiersie Augusta Ferdynanda Wolffa, warszawskiego lekarza, pierwszego prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Wolff, a także współzałożyciele Towarzystwa: Józef Czekierski, Franciszek Brandt i Jan Theiner, byli absolwentami uniwersytetów niemieckich. Na wzór niemiecki rozwijano też pracę samokształceniową i naukową. Od 1837 r. prace naukowe członków TLW publikowano w „*Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*”. Towarzystwo było jednak

bezdolne, przygarniane okresowo przez szpitale, instytucje naukowe.

Przełom w historii Towarzystwa stanowi prezesura dr. Jana Bącewicza (1851-54). Ten zamożny warszawski lekarz przekazał w 1865 r. w testamencie 22500 rubli w srebrze na sfinansowanie budowy siedziby Towarzystwa. Pieniądze udało się szybko pomnożyć, zakupić działkę na skraju Ogrodu Saskiego, wybudować okazały dom, do którego – jeszcze w trakcie budowy – wprowadziło się Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

I tam, przy ul. Niecałej 7 – kontynuuje swą opowieść dr Trzaskowski – powstał pierwszy warszawski klub lekarza. Obiekt ten był też prawdziwym domem lekarza, bo mieściły się w nim sale spotkań, wśród nich reprezentacyjna sala ozdobiona m. in. pomnikiem Jędrzeja Śniadeckiego oraz czytelnia biblioteki z okazałym zbiorem książek i czasopism lekarskich, liczącym w 1938 r. 70 tys. tytułów i 300 tys. woluminów.

6 sierpnia 1944 r., w pierwszych dniach Powstania Warszawskiego, Dom Lekarza przy ul. Niecałej 7 wraz z całym dobytkiem, z archiwum dokumentującym od 1820 r. historię Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wraz z biblioteką zawierającą białe kruki z historii medycyny, podpalony z rozkazu hitlerowskiego komendanta policji, padł pastwą płomieni.

Skromna rycina w sali klubowej na I piętrze Domu Lekarza jest jedyną pamiątką po czasach świetności TLW z lat 1873-1939.

– W 190-letniej historii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego mieliśmy tylko dwa kluby: przy Niecałej 7, po którym nie ma śladu, i ten, w którym się znajdujemy – mówi dr Trzaskowski.

W 1945 r. po obiektach TLW przy ul. Niecałej pozostały tylko zgliszcza. Dekret zwany warszawskim lub dekretem Bieruta pozbawiał dawnych właścicieli praw do swych warszawskich posiadłości. Los ten spotkał także Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. W pół wieku po zakończeniu wojny, w 1998 r., po serii procesów sądowych TLW odzyskało prawo do swojej posesji. Była porośnięta trawą, ale atrakcyjne położenie na obrzeżach Ogrodu Saskiego pozwoliło ją korzystnie sprzedać.

www.gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zaczynało znów tak, jak w 1872 r., po darowiźnie Jana Bącewicza. Znów zaczęto myśleć o własnej siedzibie. Poszukiwaniem miejsca, w którym Towarzystwo mogłoby być znów u siebie, zajmował się już wtedy dr Andrzej Trzaskowski.

TLW jest klubem elitarnym, jego członkami – jak każda tradycja – stają się lekarze z rekomendacji członków. Doktora Trzaskowskiego wprowadzali w 1969 r. znani warszawscy lekarze Irena Pronaszko-Rzepecka i Tadeusz Koszarowski. Wcześniej zasłużył sobie na tę rekomendację wieloletnią praktyką chirurgiczną w warszawskich szpitalach przy ul. Goszczyńskiego i Wołoskiej, a pod koniec kariery stanowiskiem ordynatora oddziału chirurgii w szpitalu huty „Warszawa”.

Doktor Trzaskowski został w 1986 r. dyrektorem nie istniejącego fizycznie klubu lekarza TLW. Przed nim była najpierw seria procesów o odzyskanie własności Towarzystwa, później kilkuletnie szukanie posesji, a na końcu wreszcie projektowanie i dogłębne

remontu zakupionej przez Towarzystwo willi przy ul. Raszyńskiej 54.

Dom i Klub Lekarza wieńczą to dzieło. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ma znów, jak od 1873 do 1939 r., swój dom i swój klub.

Przez ostatnie półwiecze wiele się zmieniło. TLW w trakcie centralistycznych decyzji z 1950 r. było przez wiele lat tylko Oddziałem Warszawskim PTL. W III Rzeczypospolitej odzyskało znów samodzielność. Odzyskało też swoją rangę jako organizacja integrująca warszawskie środowisko lekarskie, w którym istnieją liczne specjalistyczne towarzystwa lekarskie. Istnieje ponad specjalizacjami i ponad podziałami. W 2005 r. otworzyło się na społeczność warszawskich lekarzy, oferując im godne zawodu, gościnne miejsce na odczyty, spotkania naukowe, jubileusze, a także nobliwie wieczory towarzyskie.

Lekarze warszawscy przychodzą na Raszyńską do doktora Trzaskowskiego, do klubu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i czują się jak u siebie w domu.

(zw)

30 lat po dyplomie

Po raz trzeci spotkali się absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, rok ukończenia studiów 1979, tym razem po 30 latach od absolutorium. Spotkanie towarzyskie odbyło się w 14 listopada 2009 r. w Klubie Galop w Zielonce. Wzięło w nim udział ok. 200 koleżanek i kolegów z kraju i zagranicy. Cieszy to tym bardziej, że w poprzednich spotkaniach, po 25 latach w 2004 r. w Warszawie i po 20 latach w 1999 r. w Pułtusku, liczba ta była nieco mniejsza. Uczestników spotkania w kilku słowach powitał przewodniczący roku prof. Krzysztof Zieniewicz, który wyraził nieklamana radość ze spotkania i podkreślił ogromne znaczenie swojej więzi łączącej koleżanki i kolegów z roku. Wszyscy goście spotkania mieli przygotowane przez komitet organizacyjny identyfikatory z imieniem i nazwiskiem z okresu studiów, choć niektórzy narzekali, że literki na plakietkach są zdecydowanie zbyt małe.

Interującym elementem wieczoru był występ dr. Marka Obersztyna, który recytował fraszki i wierszyki stanowiące komentarz do wydarzeń i nastrojów środowiska lekarskiego.

Spotkanie miało charakter przede wszystkim towarzysko-biesiadny. Przy dobrym jedzeniu, wybornych trunkach, ciekawych rozmowach i miłej muzyce wszystkim szybko upływał czas. Wielu z uczestników utrzymywało miłe chwile na swoich aparatach fotograficznych. Gdyby zebrać wszystkie fotografie, pewnie powstałby obszerny album o dużej wartości dokumentalnej. Część koleżanek i kolegów ma możliwość spotkania się częściej w mniejszym lub większym gronie, zarówno na forum prywatnym, jak i zawodowym. Niektórzy koledzy dołączyli do naszych spotkań dopiero po raz pierwszy, tym bardziej byli mile widziani i tym ciekawsze były rozmowy.

Zabawa trwała do białego rana. Żegnając się wiele osób miało życzenie, by spotkać się za 5 lat. Oby tak się stało, i to nie w mniejszym gronie.

Komitet Organizacyjny:
Joanna Pawłowska, Piotr Małkowski, Agnieszka i Marek Migdał, Grażyna i Jacek Naorniakowscy, Krzysztof Zieniewicz, Andrzej Włodarczyk



Dr Andrzej Trzaskowski, gospodarz (dyrektor) Domu i Klubu Lekarza TLW.



REKLAMA

REKLAMA

W Małopolsce pracują i balują

Dobiegła końca kolejna edycja małopolskiego plebiscytu „Lekarz Roku 2009”.

fol. Marek Stankiewicz

Już po raz szósty poznaliśmy nazwiska lekarzy i przychodni cieszących się największym zaufaniem oraz sympatią wśród pacjentów. Do redakcji „Gazety Krakowskiej” spłynęła rekordowa liczba ponad 50 tysięcy głosów. Nie złote kłamki i granitowe posadzki w gabinetach, ale wielkie serca, ofiarność i fachowość lekarzy zdecydowały o ich wyróżnieniach. „Gazeta Lekarska” kibicuje plebiscytowi i wytrwale czeka na jego naśladowców w całym kraju. Chwile, kiedy dobrze mówi się o lekarzach, warto odnotować w annałach. Bo to chwile, dla których warto żyć – powiedziała nam jedna z wyróżnionych lekarek. Popularność małopolskiego plebiscytu rośnie z roku na rok. „Świadczy to tym, że marginalne przypadki, gdy pacjent narzeka lub złorzeczy na lekarza, nie mogą zepsuć opinii dobrym lekarzom, ani wykreować takiego wizerunku naszego zawodu, który odpowiadałby władzy i był na jej potrzeby” – ocenił przewodniczący Kapituły Plebiscytu Jerzy Friediger, długoletni szef krakowskiej izby lekarskiej.

Oto lista tegorocznych laureatów:

Lekarz pierwszego kontaktu: Katarzyna Stein-Sedlak z krakowskiego NZOZ Tyniec, Krzysztof Dunał z Gminnego Ośrodka Zdrowia w Miechowie i Jan Styrcos z krakowskiej izby lekarskiej.

Lekarz specjalista: Ewa Kucharska z KRAK-MEDU, Irena Wieczorek z Osteodexu, Anna Piwowarczyk z Krak-Vision (wszyscy z Krakowa).

Lekarz dentysta: Mariusz Miechówka z Węgrzców, Agnieszka Dudek i Anita Hejmo-Dziuba z Krakowa.

Najlepsze przychodnie: KRAK-MED, VADIMED i NZOZ Tyniec.

Super-Lekarzem Małopolski uznano internistkę Katarzynę Stein-Sedlak z NZOZ Tyniec, grupującego 3250 podopiecznych pacjentów.

Małopolscy lekarze umieją się również świetnie bawić. Trzynasty już Bal Lekarza przyciągnął ponad trzysta lekarzy i dentystów z kraju i zagranicy do uroczej restauracji „Pod Różą”. Bawić się na Floriańskiej do białego rana to nie lada atrakcja – mówili szczęśliwcy, którzy w porę postarali się o karty wstępu. *Spiritus movens* krakowskiego balu Jacek Tętnowski już dziś zaprasza na szampańską zabawę za rok.

Tekst i zdjęcia: Marek Stankiewicz



Przedstawiciele placówek nagrodzonych w kategorii „najlepsze przychodnie”.

Zjazdy koleżeńskie

XXII Kurs WAM w Łodzi, rocznik 1979-85

Zjazd koleżeński absolwentów XXII Kursu Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi z okazji 25 rocznicy uzyskania dyplomu lekarskiego w dn. 21-23.05.br. (dwie doby). Ośrodek Rehabilitacji i Wypoczynku „Perła” w Tleniu, ul. Dębowa 11, 86-150 Osie, woj. kujawsko-pomorskie, w samym sercu Borów Tucholskich. Zgłoszenia z podaniem danych teleadresowych w nieprzekraczalnym terminie do 31.03.br. Koszt całkowity 400 zł/os. Osoba towarzysząca na bankiecie 300 zł. Wpłaty na konto Zjazdu: PKO BP 50 1020 5558 1111 1077 9220 0078. Tytuł wpłaty: XXII Kurs WAM. Zjazd. Szczegóły w oddzielnych komunikatach mailowych oraz na www.absolwentus.pl. Za Komitet Organizacyjny: Marek Hęsiak, tel. 0601-660-416, e-mail: mhesiak@bydnet.com.pl. Adres kontaktowy: 10 Wojskowy Szpital Kliniczny, Kliniczny Oddział Ginekologiczny, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz.

Wydział Lekarski CM UJ w Krakowie, rocznik 1989-95

Zjazd absolwentów z okazji 15 rocznicy ukończenia studiów odbędzie się 12.06.br. o godz. 20.00 w hotelu „Cracovia” w Krakowie. Koszt 150 zł od osoby. Wpłaty na nr konta: 43 1020 2906 0000 1702 0234 3853 do końca kwietnia br. Informacje i zapisy: loegler@poczta.onet.pl, tel. 0602-397-467.

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1954-59

Zjazd na 50-lecie ukończenia studiów absolwentów AM w Warszawie (starosta Marian Patrzalek) odbędzie się 15.05.br. (sobota). Spotkanie rozpocznie się Mszą św. o godz. 9.00 w kościele przy ul. Lindleya 12. Potem przejazd autokarem na uroczyste spotkanie o godz. 11.00 z władzami uczelni w Rektoracie WUM (odnowienie dyplomów) w AI. Żwirki i Wigury 61 (wejście od ul. Trojdena). O godz. 14.00 wspólny obiad w Kasynej Wojskowej przy ul. Żwirki i Wigury 103 (wejście od ul. Miecznikowa). Oplatę zjazdową w wysokości 150 zł należy przekazać w nieprzekraczalnym terminie do 15.04.br. na konto nr 12 1140 2017 0000 4702 0586 2869 Andrzej Marynowski, Prywatny Gabinet Lekarski, ul. Parkowa 21 m. 10, 00-759 Warszawa, lub gotówką w Klubie Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w dniu 10.04.br. w godz. 12.00-17.00, albo u kol. Marianny Głogowskiej po uprzednim uzgodnieniu telefonicznym. Bardzo prosimy o wcześniejsze zgłaszanie chęci udziału w zjeździe (o ile możliwe do 15.03.br.) 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 1965

Z okazji 45 rocznicy ukończenia AM w Warszawie dla absolwentów Wydziałów: Ogólnego, Pediatrii i Stomatologii, organizujemy spotkanie 12.06.br. (sobota) o godz. 16.00 w Warszawie w budynku NOT, ul. Czackiego 3/5. Spotkanie poprzedzone będzie Mszą św. w Kościele Akademickim pod wezwaniem św. Anny, Krakowskie Przedmieście 68 o godz. 10.00. Należność za wspólną kolację w wysokości 150 zł prosimy wpłacać do 30.04.br. na rachunek: Bank PKO BP SA Oddział 76 Warszawa Katarzyna Tyminska-Sędek, Krystyna Wójcik „SUPERKONTO” nr 86 1020 1097 0000 7502 0188 8049. Informacje: Wydz. Ogólny - Katarzyna Tyminska, tel. 0606-421-422, Wydz. Ped. - Krystyna Wójcik, tel. 0604-505-604, Wydz. Stom. - Krzysztof Dąbrowicz, tel. 0600-887-889. W razie jakichkolwiek niejasności lub wątpliwości proszę kontaktować się ze mną. Krzysztof Dąbrowicz, tel. (jak wyżej)

Absolwenci AM w Warszawie, rocznik 1955-60

Zjazd koleżeński Wydziałów: Ogólnolekarskiego, Pediatricznego i Stomatologicznego AM w Warszawie, rocznik 1955-60 odbędzie się w sobotę 29.05.br. 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 - za-

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE www.absolwentus.pl

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

kończenie zjazdu. Zgłoszenia z podaniem imion, nazwisk(a), kodu, adresu, numeru telefonu, wydziału kierować do sekretarza zjazdu kol. Mieczysława Śmiałka, 04-143 Warszawa, ul. Kordeckiego 4. Oplatę zjazdową w wysokości 200 zł należy przekazać na konto OIL, Warszawa ul. Puławska 18, Bank ING Śląski: 63 1050 1041 1000 0022 8948 8575 do 31.03.br. 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 kol. Krzysztof Bielecki, tel. 0602-256-329, sekretarz kol. Mieczysław Śmiałek, tel. 0501-076-024, 22-610-79-95.

Wydział Lekarski AM w Krakowie, rok 1980

Jubileusz 30-lecia Zjazd koleżeński naszego roku organizujemy w dn. 11-13.06.br. w Rytrze k. Nowego Sącza, w hotelu Perła Południa. Zgłoszenie uczestnictwa: Monika Kowalewskiej, hotel Perła Południa, e-mail: marketing2@perlapoludnia.pl, tel. 18-449-74-40. Karta zgłoszenia na stronie www.perlapoludnia.pl. Informacje: Ewa Krupa, tel. 0604-913-559, Iwona Braty-Szott, tel. 0601-519-426, Mariusz Janikowski, tel. 0601-406-830.

AM w Lublinie, rocznik 1974-80

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30 rocznicy ukończenia AM w Lublinie (rocznik 1974-80) odbędzie się 15.05.br. w Kazimierzu Dolnym n. Wisłą w Zajeździe Piastowskim. Całkowity koszt 400 zł od osoby. Zgłoszenia uczestnictwa przez wpłatę na konto w Raiffeisen Bank / Lublin nr 55 1750 0012 0000 0000 0578 1477 do 28.02.br. Koleżanki prosimy o podanie nazwiska panieńskiego. Informacje i rezerwacja pokoi: Andrzej Borzęcki, tel. 81-528-84-02, kom. 516-045-517, e-mail: andbo5@wp.pl

Wydział Stomatologii AM we Wrocławiu, rocznik 1980

Serdecznie zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 30 rocznicy ukończenia Wydziału Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, w dn. 17-19.br. Hotel „Nasz dom” w Polanicy-Zdroju. Opłata za uczestnictwo od absolwenta/osoby towarzyszącej: piątek-niedziela z noclegami – 400 zł, sobota-niedziela z noclegiem – 300 zł, piątek-niedziela bez noclegów – 250 zł, piątek-sobota z noclegiem – 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001, do 31.05.br. z dopiskiem „Zjazd 1980 S” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II p., pok. 1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 71-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl. Za Komitet Organizacyjny Alicja Dziewiątkowska, Barbara Kotowska, Andrzej Komorski.

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

Rekordowe Michałki – uzupełnienie

26 września w Wieleniu nad Notecią odbyły się IX Michałki a zarazem szósta edycja Maratonu MTB. Poniższe zdjęcie przedstawia zwycięzców zawodów w poszczególnych kategoriach.



W mistrzowskich koszulkach stoją: Tomasz Karczmarek (Wielenie), Michał Małysz (Lublin) z małą Myszą, Anna Jurkiewicz (Tarnów), Edyta Świat i Jacek Świat (Przeźmierowo), wiceburmistrz Wielenia Magdalena Sobczak i Janusz Plesiewicz (Wałcz).

Serdecznie zapraszam na

rekolekcje wielkopostne dla personelu medycznego

w dn. **20-21.03.br.** o godz. **17.00**

w auli w budynku przy **ul. Floriańskiej 3 w Warszawie** (obok katedry).

Rekolekcje głosi **ks. abp Henryk Hoser, ordynariusz i lekarz.**

ks. Arkadiusz Zawistowski duszpasterz służby zdrowia

Ogłoszenia sportowe

X Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej

W imieniu KKSIR Beskidzkiej IL serdecznie zapraszamy do udziału w jubileuszowych dziesiątych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce, które odbędą się na obiektach **COS w Szczyrku** w dn. **9-11.04.br.** Wpisowe 500 zł od drużyny. Zapisy: tel. **0608-365-164** u organizatora (**Klaudiusz Komor**) lub e-mail: **kkomor@op.pl**.

Championat SzachMedica X Jubileuszowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Szachach

Imprezy Championatu: • X Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Szachach Szybkich P'15**; • Mistrzostwa Polski Lekarzy w **Blitzu P'5**; • IV Otwarte Mistrzostwa Polski w **Rozwiązywaniu Zadań Szachowych**; • Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P'15; • Turniej Rodzin Lekarskich i ich Przyjaciół w P'5; • Symultana i spotkanie z zapr. Gościem; • Konferencja naukowa „Medycyna a szachy”. Organizator: NIL oraz SiL w Katowicach, przy współpr. MTPGSz „Centrum” Zabrze i „Alma-Europol” BUH-A.M. Zabrze, Termin: **15-18.04.br.** Miejsce: **Hotel „Ziemowit” 43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 88** (ok. 500 m od stacji PKP Ustroń-Zdrój). Prawo do udziału w: – P'15 i w P'5 mają: lek. med. i lek. stom., studenci med. i stom. 5 i 6 roku; – Turniej Rodzin Lek. P'15 i w P'5 mają: czł. rodzin osób wym. powyżej, przyjaciele rodzin lek. i pozostali zapr. szachiści po akcept. Dyr. Mistrzostw; – Otw. Mistrz. w Rozw. Zadań mają: wszystkie osoby wym. powyżej po akcept. Dyr. Mistrzostw. Koszty udziału: • pobyt w Hotelu „Ziemowit” 3 doby (z posiłkami) 300 zł + koszty org. 30 zł (ognisko + gastronomia) – 330 zł; • startowe: w P'15 (MPL i ITR) – 40 zł, w P'5 (blitz) – 30 zł, w Konkursie Zadań – 20 zł, w Symultanie – 0 zł, od kobiet i osób do 14 lat (rocznik 96 i młodszy) 50% ww. stawek. Opłaty za pobyt i za wpisowe w dniu przyjazdu w biurze zawodów. Preferowany jest System „Szwajcarski” kontrolowany. Kojarzenie par komputerowe. W turnieju P'15 – 13 rund tempem 15 min. na zawodnika. O zajętych miejscach decyduje liczba zdobytych pkt oraz pkt. pomocnicza. W turnieju P'5 – 13-15 rund po 5 min. na zawodnika. Szczegółowy system zależeć będzie od liczby zawodników. Sprawy org.: Biuro Zawodów w hotelu „Ziemowit” przyjmuje uczestników oraz os. towarzyszące 15.04.br. od godz. 16.30. Hotel oferuje pok. 1, 2, 3 i 4-os. – decyduje kolejność zgł. W zawodach obowiązują przepisy Fide i PZSzach oraz regulamin rozgrywek podany na odprawie tech. Sprzęt do gry zapewnia organizator. Arbiter gł.: Alfred Maślanka (kl. państw.). Zgłoszenia udziału oraz rezerwacja miejsc w hotelu do 9.04.br.: e-mail: **biuro@zabrze.org.pl** na formularzu zgłoszeniowym (kalendarz imprez na str. **www.zabrze.org.pl** oraz **www.pzszach.org.pl**) lub do sędziego gł.: **Alfred Maślanka**, tel. **32-278-10-34** lub do dyr. mistrzostw: **Jerzy Pabis**, **41-819 Zabrze, ul. Franciszkańska 30b/9**, tel. **0605-569-065** albo na str. **www.chessarbiter.to.pl** w serwisie turniejowym.

II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim

Klub Lekarzy-Wędkarzy FishMed zaprasza na II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Morskim, które odbędą się **17.04.br.** (termin zastępczy 24.04.br.) we **Władysławowie**. Zapisy: **Klaudiusz Komor**, tel. **0608-365-164**, e-mail: **kkomor@op.pl**

VI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu – Dębica

odbędą się w dn. **22-24.04.br.** Pływalnia Miejskiego Zarządu Oświaty i Wychowania, **39-200 Dębica, ul. J. Piłsudskiego 19**, długość pływalni 50 m, temperatura wody 28° C. Pomiar czasu ręczny. W zawodach mogą startować lekarze medycyny i lekarze dentyści. Organizatorzy zapraszają rodziny uczestników do pływackiej sztafety rodzinnej. Zgłoszenia do 16.04.br. na adres: **OIL w Rzeszowie, 35-026 Rzeszów, ul. Reformacka 10**, tel. **17-853-58-37**, faks **17-853-94-31**, **rzeszow@hipokrates.org**. Komunikat i formularze zgłoszenia dostępne w Internecie – **www.rzeszow.oil.org.pl**, **www.mplwp.xt.pl**

Mistrzostwa Polski Radiologów w Żeglarskim

odbędą się **25.05.br.** na **Zalewie Szczecińskim**. Bazą dla załóg będzie **marina Skagen w Nowym Warpnie**. Regaty będą przeprowadzone na jachtach Sasanka 660 Supernowa. Organizatorem jest Katedra Radiologii Collegium Medicum UJ przy współudziale maryny Skagen. Do udziału serdecznie zapraszamy radiologów oraz techników RTG. Każde koło terenowe PLTR może reprezentować jedną załogę w składzie czteroosobowym. Organizatorzy udostępniają jachty i zamawiają zakwaterowanie na terenie maryny Skagen. Koszty udziału będą obejmować opłatę startową (dla każdego jachtu ok. 200 zł) oraz koszty noclegów i udziału we wspólnej kolacji (ok. 120 zł/os). Zgłoszenia (zgłoszenie dla każdej załogi) do 31.03.br. za pośrednictwem formularza na stronie **www.polradiologia.org** (w kalendarium)

IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej

KKSIR ORL w Szczecinie oraz NIL organizują w dn. **3-6.06.br.** IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Piłkowej w **Dworku Prawdzic, ul. Szczecińska 15, 72-350 Niechorze**. Zgłoszenia: **M. Mroźewski**, tel. **91-46-12-251**, **0693-543-211**, e-mail: **mrozevska@o2.pl**; **M. Lewandowski**, tel. **0606-980-888**; **C. Sierant**, tel. **0605-575-499**; **OIL w Szczecinie – Kamila Sidor**, tel. **91-48-74-936** wew. **106**, e-mail: **biuro@oil.szczecin.pl**. Dodatkowe informacje: **www.oil.szczecin.pl**

VII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarskim – Klasa Omega

organizuje w dn. 4-6.06.br., pod patronatem NIL, KKSIR ORL w Szczecinie. Akwen **Jeziora Dąbskiego w Szczecinie**. Biuro regat: **Jacht Klub AZS, Szczecin, ul. Przestrzenna 9**. Zgłoszenia do 25.04.br. wraz z opłatą – startowe 1200 zł od 3-osobowej załogi/wyłącznie członkowie OIL w Polsce. Wpłaty na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034, z dopiskiem: Regaty OIL. Nagroda główna: Puchar Prezesa NRL. Zgłoszenia: **OIL ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, Kamila Sidor – biuro OIL w Szczecinie**, tel. **91-48-74-936** wew. **106**, faks **91-487-75-61**, e-mail: **biuro@oil.szczecin.pl**; **dr Halina Teodorczyk**, tel. **0604-41-68-64**, e-mail: **halte@wp.pl**; **dr Halina Ey-Chmielewska**, tel. **0601-576-160**. Dodatkowe informacje i formularz zgłoszeniowy na stronie: **www.oil.szczecin.pl**

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie MTB

18.09.br. odbędą się IX Ogólnopolski Maraton MTB Lekarzy Michałki **2010** w Wieleniu nad Notecią. Organizator: **Tomasz Kaczmarek, OIL w Poznaniu**, tel. **0672-561-550**. Informacje na stronie imprezy: **www.maraton.wielen.pl**

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 odbędą się towarzyszy „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**.

Zlot Lekarzy Motocyklistów

W dn. **16-18.04.2010 r.** w Poraju w ośrodku „Leśna Radość” odbędzie się inauguracja sezonu motocyklowego – III Ogólnopolski Jurajski Zlot Lekarzy-Motocyklistów, przy współorganizacji OIL w Częstochowie. Zlot będzie połączony z ogólnopolskim rozpoczęciem sezonu motocyklowego na „Jasnej Górze” w **Częstochowie 18.04.2010 r.** Lekarzy i lekarzy dentyistów 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**

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 przelać 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**.

IMPREZA TOWARZYSZĄCA - MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE STOŁOWYM 2010

ZAKOPANE - JURGÓW - NOWY TARG 2010

slalom gigant
slalom specjalny
carving
zjazd
snowboard
biegi narciarskie
hokej na lodzie
ski-tour
łyżwiarstwo szybkie

4-7 marca

ZIMOWE IGRZYSKA LEKARSKIE

www.igrzyskalekarskie.org • tel. 606 340 275

Kalendarz kursy, szkolenia, zjazdy (2010)

- **11-14.02.** Sekcja **Dermatologiczna** Pol. Tow. **Alergologicznego** zaprasza do udziału w 6 Akademii Dermatologii i Alergologii w Słupsku i w Ustce. 24 punkty edukac. Wykłady inauguracyjne wygłoszą profesorowie: Paweł Górski – rektor UM w Łodzi, Janusz Moryś – rektor GUM, Krzysztof Narkiewicz – prezes Europejskiego Tow. Nadciśnienia Tętniczego (European Society of Hypertension). Informacje: www.ekonferencje.pl/ADA
- **13.02.** Białystok, Centrum konf. „Astoria”, ul. Sienkiewicza 4. II Podlaskie Spotkania **Diabetologiczne**, www.psd.bialystok.pl. Organizator: casusMEDICAL, ul. Stawki 1b/1, Warszawa, e-mail: organizator@psd.bialystok.pl, tel. 22-847-50-51, 662-02-11-94 (Joanna Pomorska)
- **25.02., 29.04., 10.06., 16.09., 18.11.** Kraków. OIM abcMED zaprasza lekarzy i osoby wykonujące badania spirometryczne na szkolenia doskonalące: **Spirometria w praktyce**. Informacje: e-mail: biuro@abcmed.pl, tel/faks 12-637-31-82, www.abcmed.pl
- **26.02., 30.04., 11.06., 17.09., 19.11.** Kraków. OIM abcMED oraz Zakł. Aerozoologii i Bioinżynierii Aerozoli MEDiNET zapraszają lekarzy i osoby wykonujące inhalacje lecznicze i diagnostyczne na warsztaty: **Optymalizacja leczenia inhalacyjnego**. Informacje: e-mail: biuro@abcmed.pl, www.abcmed.pl, tel/faks 12-637-31-82
- **27.02.** Warszawa, hotel Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.30. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Warszawsko-Otwocki Oddział Pol. Tow. Chorób Płuc organizuje 25 sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Raka płuca**. Informacje: www.ptchp.home.pl, kier. kursu Tadeusz M. Zielonka, tel. 0501-143-324, tmzielonka@wp.pl; sekr. Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, jacek.jagodzinski@hipokrates.org; sekretariat: Izabela Misiak, Inst. Gruźlicy i Chorób Płuc, 01-138 Warszawa, ul. Płocka 26, tel. 22-43-12-158, i.misiak@igichp.edu.pl
- **1-5.03.** Ośrodek „Transportowiec” w Bielsku-Białej. Kurs na uprawnienia **Inspektora Ochrony Radiologicznej w pracowni RTG** (Dz. U. nr 239/2006, poz. 1737), *Testy specjalistyczne urzędów RTG, Ochrona Radiologiczna Pacjenta*. (Dz. U. nr 194/2005, poz. 1625). Informacje: EkoAtom, tel. 601-77-37-51, 609-722-762, faks 65-520-53-87, e-mail: info@ekoatom.pl, www.ekoatom.pl
- **13-17.03., 12-16.06.** podstawowy, **19-20.03.** doskonalący. Zakopane. SONO-MEDICUS organizuje kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: www.sono-medicus.pl, e-mail: kulej@ozzl.org.pl, Michał Kulej, tel./faks 18-201-24-17, tel. 0609-999-000.
- **20.03.** Ciechocinek. Włocławskie Stow. Lekarzy **Stomatologów**, pod patronatem Kuj.-Pom. OIL, organizuje szkolenie: **Postępowanie stomatologiczne w traumach i urazach u dzieci i młodzieży**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 54-231-51-57, 0694-724-871.
- **24-28.03.** Nowe Kawkowo. **Umysł w walce z chorobą** – warsztaty **psychoonkologiczne Programu Simontona**. Koszt warsztatów (bez wyżywienia i zakwaterowania): 450 zł od os. Informacje (cennik wyżyw. i zakwater.): www.tuiteraz.eu. Informacje i zapisy: e-mail: programsimontona@gmail.com, tel. 0505-811-260 (9.00-12.00, pn.-pt.).

- **10.04.** Warszawa, Pałac Kultury i Nauki. Fundacja Promocji Zdrowia Seksualnego im. Stanisława Kurkiewicza organizuje symposium naukowo-szkoleniowe **Seksuologia 2010 Zaburzenia seksualne problemem interdyscyplinarnym w medycynie**. Informacje: www.seksuologia2010.pl. Biuro organizacyjne: Centrum Edukacji Medycznej CEMED, tel. 022-355-85-01, e-mail: cemed@cemed.pl, www.cemed.pl
- **16.04.** Łódź. Aula Wykładowa UM, plac Hallera 1. Polskie Towarzystwo **Parazytologiczne** ŁO, Komitet Parazytologii II Wydziału PAN w Warszawie, Katedra Biologii i Parazytologii Lekarskiej UM w Łodzi uprzejmie informują, że odbędzie się 49 Dzień Kliniczny Parazytologii Lekarskiej. Temat główny: **Powikłania infekcyjne po przeszczepach komórek, tkanek i narządów oraz inne zagadnienia mikologii i parazytologii lekarskiej**. Pkt. edukac. Zgłoszenie udziału oraz tytułów wykładów lub doniesień w j. polskim i angielskim do 15.02.br. do Komitetu Organizacyjnego: Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny, plac Hallera 1, 90-647 Łódź, e-mail: katbiol@wp.pl
- **22-24.04., 24-26.06.** Referencyjny Ośrodek **Kardiologii Prenatalnej** Typu C pod kierownictwem dr. hab.n. med. Joanny Szymkiewicz-Dangel organizuje kursy dla lekarzy **położników i ginekologów** z całej Polski: **Kardiologia płodu, badanie dopplerowskie w położnictwie, ciąża mnoga** – podstawowy oraz **Kardiologia płodu, 3-4D, STIC** – dla zaawansowanych. Informacje: www.usgecho4d.pl, tel. 0504-528-158, fetus@wum.edu.pl
- **21-22.05.** Zabrze, „Multikino”, ul. Gdańska 18. XVII Międzynarodowa Konferencja Kardiologiczna i XI Warsztaty **Kardiologii Inwazyjnej**. Tematy główne: **ostre zespoły wieńcowe, wstrząs kardiogeny, niewydolność serca, wady serca**. Specjalne sesje edukacyjne: dla **lekarzy rodzinnych** i młodych adeptów kardiologii inwazyjnej. Informacje i rejestracja: www.warsztatzabrze.pl
- **21-22.05.** Gdański Uniwersytet Medyczny. XXXI Sympozjum Sekcji **Ortopedii Szczękowej** (Ortodoncji) PTS. Tematy wiodące: - *Współczesne standardy leczenia zaburzeń pionowych*. - *Podsumowanie 10-lecia realizacji programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki*. - *Tematy wolne*. Informacje i zgłoszenia: Zakład Ortodoncji GUM, Aleja Zwycięstwa 42 c, 80-210 Gdańsk, tel./faks 058-349-21-46, e-mail: ortodoncja@gumed.edu.pl, www.portalpts.pl
- **27-29.05.** Jachranka, Centrum Konferencyjne „Warszawianka”. Klinika **Hematologii** WIM i PTHiT zapraszają lekarzy zainteresowanych hematologią na kolejną Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Nienowotworowe choroby krwi. Sztuka porozumiewania się z chorym**. Informacje: Komitet Organizacyjny – dr W. Rawicki, tel. 0501-845-871, realizator logistyki: „BATUMI” – Anna Waclawek, tel. 022-885-89-47 (do 49), 0601-251-297, e-mail: anna.waclawek@batumi.pl. Szczegółowe informacje o programie, warunkach uczestnictwa i zakwaterowaniu na stronach internetowych PTHiT (www.pthit.org) oraz Fundacji „Wyleczyć Białaczkę” (www.wyleczybialaczke.pl).
- **28-29.05.** Kazimierz Dolny. Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, I Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantologii, Klinika Ortopedii i Traumatologii UM w Lublinie oraz Oddział Chirurgii Naczyniowej SPSK 4 w Lublinie organizują III Konferencję naukowo-szkoleniową: **Aktualne problemy mikrobiologiczne w praktyce klinicznej. Czynniki ryzyka i strategie bakterii – jako przyczyny niepowodzeń antybiotykoterapii w chirurgii, dla lekarzy chirurgów, mikrobiologów i epidemiologów szpitalnych**. 18 pkt. edukac. Koszt uczestnictwa 300 zł/os. obejmuje materiały

zjazdowe, uczestnictwo w obradach, wyżywienie oraz kolację towarzyską (bez noclegu). Wpłaty do 16.04.br. na konto: Bank PeKaO S.A. nr konta: 96 1240 5497 1111 0000 5003 9148, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 20-950 Lublin, al. Raławskie 1 (z dopiskiem „Konferencja zakażenia w chirurgii”). Szczegółowe informacje nt. konferencji oraz rejestracja on-line na stronie www.kazimierz2010.medmeeting.pl. Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 20-091 Lublin, ul. Chodźki 1, tel./faks 81-742-37-81, tel. 81-742-37-85, e-mail: mikrobiologia.lublin@gmail.com

- **10-12.06.** ICZMP – Łódź. Klinika **Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej**, Sekcja Ginekologii Operacyjnej PTG, UM w Łodzi i Fundacja na Rzecz Rozwoju Łódzkiej Ginekologii zapraszają na III Ogólnopolskie Sympozjum: **Zaawansowane techniki operacyjne w ginekologii – zaburzenia statyki narządów moczowo-płciowych u kobiet**. Tematyka: *Przygotowanie pacjentki do operacji uroginekologicznej. Operacje pochwowe w zaburzonej statyce narządów moczowo-płciowych. Techniki laparoskopowe w zaburzonej statyce narządów moczowo-płciowych. Powikłania śródoperacyjne i pooperacyjne – etiologia, leczenie, zapobieganie*. „Gorące” problemy w uroginekologii. Warsztaty operacyjne, „live surgery”, transmitowane z sal operacyjnych do sal wykładowych. Certyfikaty potwierdzające udział oraz pkt. edukac. za: udział w warsztatach operacyjnych – 4 pkt., udział w „live surgery” – 6 pkt., udział w części naukowej sympozjum – 10 pkt. Zagraniczni wykładowcy i operatorzy: R. Botchorishvili (Clermont-Ferrand, Francja), I. Gladczuk (Odessa, Ukraina), M. Hefni (Benenden, Wielka Brytania), J. Kociszewski (Hagen, Niemcy), A. Popov (Moskwa, Rosja), S. Smajda (Bruksela, Belgia), P. von Theobald (Caen, Francja). Zgłoszenie i informacje: Samodzielna Sekcja Kształcenia ICZMP w Łodzi, 93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289, Teresa Dębowska, tel./faks ++4842-271-12-24, www.iczmp.edu.pl/laparoskopia, www.laparoskopia.org.pl. Adres Organizatora: Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi, 93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289, tel./faks 42-271-14-75, e-mail: klinika@laparoskopia.org.pl

- EVMACO i Pol. Tow. **Diabetologiczne** zapraszają na: **XII konferencję cukrzycy typu 1, V Karpacką Konferencję Diabetologiczną, XIV Sympozjum Diabetologiczne**. Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, evmaco@evmaco.pl, tel. 12-429-69-06.

- Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**. Pełna oferta kursów na stronie www.usg.com.pl

- Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**. Informacje i zapisy: tel. 0504-075-804, www.usg.pisz.pl, usg@usg.pisz.pl

- Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, www.usg.webd.pl, tel./faks 71-348-39-66, tel. 606-350-328. Zapraszamy na szkolenia z zakresu USG i cytodiagnostyki.

- **CEDUS**. Informacje: CEDUS, 02-594 Warszawa, tel./faks 22-646-40-55.

- Medyczne Szkolenia **Poddyplomowe** Pakt. Informacje: 40-064 Katowice, ul. Kopernika 8/2, medycznesympozja@msp-pakt.med.pl, www.msp-pakt.med.pl, tel./faks 32-251-22-64

- **USG** – szkolenia. Śląskie Centrum Edukacji Lekarskiej SCEL, www.scel.edu.pl

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Szczególny program ubezpieczenia PRAWNIK DLA LEKARZA

Program przygotowany przez:



W ramach limitu kosztów do - **1.000.000,00 zł**
na jedno zdarzenie, program obejmuje wszystkie lub wybrane
przez lekarza n/w obszary ochrony prawnej:

1. Ochrona życia zawodowego lekarza w zakresie:

- postępowań cywilnych w razie skierowania przeciwko ubezpieczonemu powództwa o zapłatę odszkodowania za szkodę wyrządzoną nienależytym wykonaniem świadczeń medycznych.
- umów związanych z wykonywaniem zawodu (np. umowy ubezpieczenia OC, umowy z NFZ, umowy dotyczące najmu pomieszczeń służących do wykonywania zawodu, etc.).
- postępowań dyscyplinarnych i administracyjnych związanych z wykonywaniem zawodu – przed organami samorządu zawodowego oraz organami administracji publicznej.
- prawa karnego i wykroczeń – w tym również w zakresie wnoszenia prywatnego aktu oskarżenia w przypadku przestępstw pomówienia lub znieważenia.
- ubezpieczeń społecznych.
- dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych – w tym również roszczeń związanych z naruszeniem dobrego imienia.

2. Ochrona prawna życia prywatnego lekarza oraz małżonka i niepełnoletnich dzieci w zakresie:

- dochodzenia własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych
- prawa karnego i wykroczeń
- umów i praw rzeczowych, nie pozostających w związku z pojazdami.
- asysta prawna dotycząca innych problemów z zakresu prawa cywilnego – w tym prawa rodzinnego i spadkowego.

3. Ochrona prawna lekarza w zakresie komunikacji:

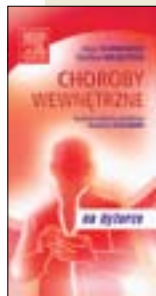
- prawa rzeczowego oraz umów (w tym umów ubezpieczenia) związanych z pojazdami zarejestrowanymi na ubezpieczonego.
- sprawy podatkowe związane z pojazdami zarejestrowanymi na ubezpieczonego.
- dochodzenie własnych roszczeń odszkodowawczych z tytułu czynów niedozwolonych (przeciwko sprawcy bądź jego ubezpieczycielowi).
- prawo karne i wykroczeń, ochrona obejmuje wszelkie przestępstwa komunikacyjne, również umyślne i pod wpływem alkoholu.
- postępowanie w związku z zatrzymaniem prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego

4. Ochrona stosunku pracy lekarza oraz małżonka w zakresie:

- prawa pracy i ubezpieczeń społecznych

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

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29, tel. 71-330-61-61.
Zamówienia: tel. 42-680-44-09, faks 42-680-44-86,
zamowienia@elsevier.com, www.elsevier.pl



Choroby wewnętrzne. Na dyżurze
Insa Schneider, Steffen Krautzig
red. wyd. I pol. **Andrzej Steciwko**
Wrocław 2009, str. 177

Wybór informacji jak postępować z chorym w ostrych zespołach chorobowych i stanach zagrożenia życia oparty na aktualnych standardach diagnostycznych i terapeutycznych. Podano najważniejsze normy i parametry, zasady wstępnego badania fizykalnego, wzory i przeliczniki. Uwzględniono diagnostykę różnicową, praktyczne wskazówki i badania przyrządowe, farmakoterapię poszczególnych stanów chorobowych. Tabele i ryciny, schematy postępowania, forma kart pozwalają na szybkie i łatwe korzystanie z informacji w sytuacjach wymagających szybkiego działania.



Kardiologia interwencyjna
Eric J. Topol
red. wyd. I pol. **Robert J. Gil, Grzegorz Opolski**
tom 1, Wrocław 2009, str. 266 + skorowidz
W najnowszym piątym wydaniu dodano 30 rozdziałów. Wśród współautorów znalazło się 70 nowych ekspertów. Tom 1 zawiera dwie części: *Dobór pacjentów* i *Intervencja farmakologiczna* oraz płytę DVD.

REKLAMA

REKLAMA

Neurologia. The little black Book
Osama O. Zaidat, Alan J. Lerner
red. wyd. I pol. **Hubert Kwieciński**
Wrocław 2010, str. 666

Tłumaczenie wydania piątego podręcznika. Wszelkstronna, rzetelna informacja w formacie kieszonkowym. Większość rozdziałów uaktualniono lub napisano na nowo, dodano nowe tabele i odsyłacze bibliograficzne. Dodatki poświęcone stanom nagłym w neurologii oraz stosowanym lekom oraz dodatek zawierający zestawienie skal stosowanych w neurologii. Podręcznik przydatny dla neurologów, neurochirurgów, internistów, lekarzy rodzinnych, fizjoterapeutów, rehabilitantów, neuroradiologów oraz innych pracowników zajmujących się pacjentami ze schorzeniami neurologicznymi.



Diagnostyka laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej
Podręcznik dla studentów medycyny
red. Aldona Dembińska-Kieć, Jerzy W. Naskalski
wyd. III popr. i uzupeł., Wrocław 2010, str. 1120

Aktualne wydanie rozszerzone o nowe zagadnienia diagnostyczne, które znalazły się w zaleceniach ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny klinicznej. Poszerzono część poświęconą podstawom diagnostyki laboratoryjnej, ocenie wartości diagnostycznej tekstu. Zwrócono uwagę na wpływ czynników przedlaboratoryjnych i problemy kontroli jakości. Podręcznik skierowany do osób przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych, diagnostów laboratoryjnych i lekarzy praktyków.



Atlas technik iniekcyjnych w leczeniu bólu
Steven D. Waldman

red. wyd. I pol. **Jerzy Wordliczek i Jan Dobrogowski**
tomy 1-3, Wrocław 2009, str. t. 1 - 248, t. 2 - 236, t. 3 - 194
Zbiór najczęściej stosowanych technik iniekcyjnych wykorzystywanych w leczeniu bólu i szczegółowe ich opisanie, wszelkstronne i aktualne informacje, omówienie powikłań i sposobów umożliwiających ich uniknięcia. Ponad 300 kolorowych ilustracji umożliwiających samodzielne przeprowadzenie zabiegu. Każda procedura terapeutyczna opatrzona jest kodem CPT-2007. Tom 1: *głowa i szyja, ramię, łokieć i przedramię*; t. 2: *nadgarstek i ręka, ściana klatki piersiowej, tułów, plecy i brzuch*; t. 3: *staw kolanowy, kończyna dolna, kostka i stopa*.



MediPage Sp. z o.o.

02-594 Warszawa, ul. Bruna 32, tel./faks 22-646-41-50,
www.medipage.pl, redakcja@medipage.pl

Top Knife. Sztuka i rzemiosło chirurgii urazowej
Asher Hirschberg i Kenneth L. Mattox

red. Mary K. Allen, il. Scott Weldon
pod red. naukową **Wojciecha Góreckiego**
tłum. **Wojciech Rowiński**
Warszawa 2009, str. 234

Autorzy – nauczyciele chirurgii urazowej opracowali praktyczny przewodnik dla młodych chirurgów. Starali się uchwycić w nim istotę rzemiosła: poczucie nagłego wyzwania, ogromnego oddania dla pacjentów i zaangażowania w sztukę chirurgii. Podręcznik uczy myślenia i podejmowania decyzji przy stole operacyjnym. Praktyczne rady jak posługiwać się nie tylko rękami, lecz także głową podczas operowania masywnie krwawiącego pacjenta.



100 Rozpoznań. Położnictwo

Paul Woodward, Anne Kennedy, Roya Sohaey
red. naukow. wyd. pol. dr n. med. **Michał Brzewski**,
prof. dr hab. n. med. **Romuald Dębski**
seria **Radiologia Kieszonkowa**, Warszawa 2009, str. 344
Specjaliści wypunktowali „złotą setkę” diagnoz radiologicznych odnoszących się do każdej większej części ciała. Do każdego rozdziału dołączono piśmiennictwo. We wszystkich tematach występuje taki sam układ informacji obejmujący badania obrazowe, diagnostykę różnicową, patologię, patofizjologię oraz dane kliniczne istotne dla danego schorzenia.



Angielsko-polski słownik terminów biostatystyki klinicznej
Tomasz Burzykowski, Ewa Kawalec, Ewa Kraszewska, Witold Kupść
Warszawa 2009, str. 184

Biostatystyka kliniczna obejmuje metody statystyki matematycznej stosowane w medycynie klinicznej. Słownik obejmuje ponad 1400 haseł. Oprócz tłumaczeń zawiera krótkie objaśnienia, które ułatwiają interpretację haseł. Opracowanie pomocne przy tłumaczeniu medycznej literatury anglojęzycznej oraz w przygotowaniu prac w jęz. angielskim.



Aforyzmy i cytaty dla chirurga
Zebrał i opracował Moshe Schein
red. wyd. pol. prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Tołłoczko**
tłum. **Grzegorz Grątkowski**
Warszawa 2009, str. 276.

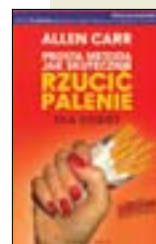
Zbiór ponad 1500 aforyzmów, cytatów i prawideł wypowiedzianych na temat chirurgii, lek. chirurgów i wszystkiego, co może się wiązać z tą specjalizacją. Uwzględniono sentencje ze wszystkich epok, od starożytności po czasy najnowsze, wypowiedziane przez wielkie autorytety i przez osoby anonimowe, językiem naukowym, potocznym i żargonem.

Wydawnictwo Better's 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



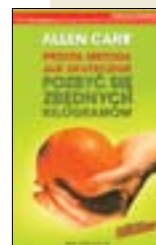
Prosta metoda jak skutecznie rzucić palenie
Allen Carr

wyd. I. Warszawa 2007, str. 242, cena 29,90 zł
Używając logicznych i racjonalnych argumentów autor obala mity i iluzje, że palenie sprawia przyjemność, pomaga się odprężyć i skoncentrować, łagodzi stres albo zabija nudę. Pokazuje palaczom jak działa to, co nazywa „nikotynową pułapką”. Metoda proponowana przez autora bez straszenia usuwa psychiczną potrzebę palenia, nie proponuje wyrzeczeń, powoduje odzyskanie wolności.



Prosta metoda jak skutecznie rzucić palenie dla kobiet
Allen Carr

wyd. I. Warszawa 2008, str. 278, cena 29,90 zł
Tę książkę autor adresuje specjalnie do palących kobiet. W szczególności sposób pochyla się nad motywami, problemami i emocjami kobiet, uwzględnia ich wrażliwość i lęk, porusza szczególne struny, by w ten sposób cały proces wychodzenia z nałogu im ułatwić. Dzięki metodzie autora miliony palaczy rzuciły palenie – szybko, bez żalu i wyrzeczeń, bez tycia i silnej woli.

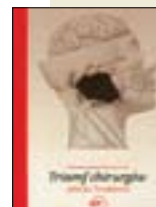


Prosta metoda jak skutecznie pozbyć się zbędnych kilogramów
Allen Carr

wyd. I. Warszawa 2009, str. 238, cena 29,90 zł
Ta książka niczego nie narzuca ani nie zabrania. Proponuje kilka zaleceń, dzięki którym można osiągnąć cel: zdrowe jedzenie, lepsze samopoczucie i pozbycie się nadwagi. To nie kolejna dieta – to metoda. Udowadnia, że najczęstsza przyczyna nadwagi leży w naszej psychice.

Spółeczny Instytut Wydawniczy Znak

30-105 Kraków, ul. Kościuszki 37. Dział sprzedaży tel. 12-619-95-69,
e-mail: czytelnicy@znak.com.pl



Triumf chirurgów
Jürgen Thorwald
tłum. **Albin Bandurski, Janina Szczaniecka**
Kraków 2009, str. 408

Pierwszy tom tego opracowania: „Stulecie chirurgów”, przedstawiał decydujący etap pionierskiego okresu chirurgii widziany oczami człowieka współczesnego. Prawdziwa historia chirurgii

rozpoczyna się w 1846 r. odkryciem narkozy. Drugim fundamentalnym odkryciem dla rozwoju chirurgii były narodziny antyseptyki i aseptyki. Opisanie historii podjął się wnuk Henry’ego Stevensa Hartmanna, historyka medycyny, na podstawie pozostawionych przez niego notatek. Drugi tom, wg autora, uzupełnia obraz nieprzemijającego okresu pionierskiego chirurgii.

Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego
Shirley du Boulay, Marianne Rankin
tłum. **Iwona Sumera**

seria **Świadkowie**, Kraków 2007, str. 340
Opowieść o charyzmatycznej, barwnej i pełnej temperamentu Cicely Saunders, inicjatorce współczesnego ruchu hospicyjnego, lekarce, dzięki której całkowicie zmienił się sposób myślenia o opiece nad osobami terminalnie chorymi.



Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o.,

20-802 Lublin, ul. Skrajna 12-14, tel. 81-446-98-12, faks 81-470-93-04,
www.czelej.com.pl

Interna Harrisona

wyd. 17, tom I, str. 845, Lublin 2009
Pierwsze wydanie opublikowano prawie 60 lat temu. Podręcznik ten przeznaczony dla studentów i lekarzy praktykujących podlega ciągłej aktualizacji wiedzy w zakresie diagnostyki, profilaktyki i leczenia. Bardzo ważnym elementem jest unowocześnienie w tym wydaniu form prezentacji wiedzy. Dzięki zastosowaniu różnych form graficznych w prosty i interesujący sposób przedstawiono złożone zagadnienia. Przeprowadzono wiele zmian w celu ułatwienia czytelnikowi poruszania się po materiałach tekstowych i obrazowych. Dodano wiele rycin, ilustracji, dodatkowe zdjęcia radiogramów płaskich, TK, MRI oraz obrazów ultrasonograficznych. Dołączono DVD zawierające 39 rozdziałów w wersji elektronicznej. Zamieszczono atlasy i treści poświęcone diagnostyce i procedurom, fragmenty filmów przedstawiających badania endoskopowe i badania serca. Szczególny nacisk w tym wydaniu położono na zdrowie publiczne. Dodano do tego tematu nowy rozdział „Kwestie globalne w medycynie”. Tom I zawiera części: Wprowadzenie do medycyny klinicznej; Główne oznaki i objawy początkowe chorób; Genetyka i choroby; Medycyna regeneracyjna; Odżywianie; Onkologia i hematologia.



Ponadto nadesłano:

Badania ultrasonograficzne oraz biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą ultrasonograficzną

H. Jack Baskin, Daniel Duick, Robert Levine
red. naukowa wyd. pol. prof. **Andrzej Lewiński**
Med.-Media. Bogdan Materna, 02-594 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 22-646-41-50, str. 272
Publikacja skierowana do lekarzy klinicystów – diagnozowanie i leczenie chorób tarczycy. Wiele innowacyjnych zastosowań ultrasonografii. Liczne ryciny. Książka pokazuje jak ultrasonografia jest zintegrowana z historią choroby pacjenta, badaniem fizykalnym i innymi testami tarczycy. Uwzględniła też informacje dotyczące poprawy opieki.



Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz

pod red. **Mirosława Nestorowicza**
wyd. I. Warszawa 2009. **Instytut Problemów Ochrony Zdrowia sp. z o.o.**, 02-106 Warszawa, ul. Pawińskiego 5a, tel. 22-668-71-56, e-mail: sekretariat@ipoz.pl, str. 318
Komentarz stanowi analizę przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z odwołaniem się do innych aktów prawnych z tym związanych oraz do orzecznictwa sądowego, a zwłaszcza Sądu Najwyższego, mającego wielkie znaczenie dla rozwoju i ochrony tych praw.



opr. md