

3 2009

**Gazeta
Lekarska**
Pismo Izby Lekarskich
ISSN 0013-758X
Egzemplarz bezpłatny



**Rozpaczliwy
plan B**



Cena prestiżu

Sondaże opinii publicznej są współczesnym eliksirem dla mas, stęsknionych za sensacją. Dzięki nim wiemy więcej o współbraciach, czasem nawet sondaże wiedzą więcej o nas, niż my sami o sobie. Tym razem na tapecie znalazł się prestiż zawodowy. Słowo „prestiż” znane jest ludzkości od początków historii. Choć w różnych jej okresach rozmaicie je interpretowano, nikt nigdy nie odważył się zdeprecjonować wagi znaczenia tego określenia, gdyż to prestiż właśnie był i jest wyznacznikiem pozycji człowieka w społeczeństwie i probierzem produktów jego działalności.

Zawód lekarza cieszy się dużym poważaniem u 73% społeczeństwa – wynika z badania CBOS zrealizowanego na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski pod koniec ub. roku. To najniższy wskaźnik w historii badań. Sensacją nie jest nawet fakt, że o 4 punkty procentowe wyprzedziły nas pielęgniarki, lecz to, że co czwarty Polak nie szanuje i nie ufa lekarzom. Ciekawe, że im trochę lepiej zarabiamy, tym mniej nas lubią. Społeczeństwo polskie w ogóle nie przepada za ludźmi zamożnymi i bez pardonu traktuje tych, którym pierwszy zarobiony milion urodził się bez bólu. Prym w poważaniu wiodą uniwersyteccy profesorowie i strażacy. O strażakach mówi się zazwyczaj dobrze lub bardzo dobrze. Zaufania do profesorów medycyny nie badano, a szkoda... O pięć punktów przed nami znaleźli się górnicy, o których apoteozie i znoju napisano tomy dzieł w czasach realnego socjalizmu. Przekazywanie zawodu z ojca na syna w górnictwie to świętość, a już w medycynie to nepotyzm. „Gdzież rozsądny człowiek płacący coraz wyższe rachunki za coraz gorszy opał i energię będzie deklarował szacunek do zawodu górnika. Chyba, że te ankiety nie pozostawiają wyboru” – komentują nasi czytelnicy w listach do redakcji. Nie ma się co cieszyć, że wyprzedzamy posłów na Sejm (24%), ministrów (36%), maklerów giełdowych i księży (42%), i policjantów (53%). Ale co to za prestiż, kiedy jego źródłem jest egzekwowanie zła krzaków ograniczenia prędkości do 40 km/godz. na drodze ekspresowej, które ośmiesza nasze prawo drogowe. Nic nie wiemy o aktorach, muzykach, malarzach, farmaceutach, piekarzach i wielu innych jak choćby piłkarzach lub ligowych kopaczach piłki, którzy zarabiają pół miliona złotych rocznie i dla których wynik kupionego meczu jest ważniejszy od honoru. Zresztą z tym wynikiem i honorem w lekarskich szeregach niezależnie od wieku i doświadczenia też bywa różnie. „Jak się kasa zgadza, to poważania może w ogóle nie być” – twierdzą ci, dla których prestiż to tylko dopust boży.

Nie brakuje nam również hipokryzji i fałszywej wyrozumiałości. Nie lubimy o tym nie tylko rozmawiać, ale nawet słuchać. „Lekiem na alkoholizm wśród lekarzy jest bezlitosny szef” – twierdzi w rozmowie z „Gazetą” Zbigniew Wańkowicz, ginekolog z Kanady i opowiada jak w ciągu kilku minut można stracić wszystko. Z kolegami zaglądającymi do kieliszka czy sięgającymi po kokainę nikt tam nie bawi się w dobre rady w rodzaju „weź się w garść” czy czekanie aż lekarz przestanie przychodzić do pracy pijany. Jeden telefon odcina od zawodu i pieniędzy. I już? Żadnej pomocy? Wprost przeciwnie – odpowiada dr Wańkowicz. Ale o tym przeczytajcie sami.

Mam nadzieję, że nie zabraknie Państwa głosu w prawdziwej lekarskiej dyskusji o granicach terapii medycznych. Nowa ustawa bioetyczna opracowywana przez komisję Gowina jest intelektualnym zacinem do etycznej oceny ogromnych możliwości przedłużania życia i propozycji terapii dających szansę na wyleczenie albo zmniejszenie uciążliwych objawów w każdym etapie choroby. Nasz redakcyjny cykl rozpoczynamy rozważaniami o uporczywej terapii pióra Romualda Krajewskiego.

Życzę przyjemnej lektury!

Marek Stankiewicz
naczelnym@gazetalekarska.pl

W numerze między innymi

Rozpaczliwy plan B	4-5
Okiem Prezesa	5
Kwestia woli	6-7
Lekiem na alkoholizm bezlitosny szef	8-9
Specjaliści na wagę złota	10-11
Poświęcenie i przeznaczenie	12-13
Rozszyfruj receptę	12
Śladem naszych publikacji	14
U stomatologów	18-19
Granice terapii medycznych	20-21
Złowrogie cienie farmakoterapii	22
Przychodzi lekarz do prawnika	24-25
Swego nie znacie	26-29
Idealista w czasach pogardy	30-34
Doktorzy nauk dentystycznych	32-33
Lekarski sport	35-37
Kalendarz: kursy, szkolenia, zjazdy	38-41
Książki nadesłane	40-41
Praca: konkursy, zatrudnię, szukam	46-59
Ogłoszenia różne	59-60
Program TVN Med.	61
Biuletyn NRL	42-45

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

Rozpaczliwy plan B

Długo oczekiwany rządowy plan B dla szpitali okazał się kolejną akcją propagandową minister Ewy Kopacz, a nie realną pomocą dla placówek.

Przypomnijmy: plan B powstał po tym, jak w listopadzie ub. roku prezydent Lech Kaczyński zawetował trzy z sześciu ustaw zdrowotnych, m.in. ustawę zakładającą obligatoryjne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Już wtedy minister Kopacz zapowiedziała, że przedstawi plan ratunkowy. Jednak na jego ogłoszenie trzeba było czekać aż cztery miesiące. Za to odbyło się to z pompą – w obecności premiera Tuska i kilkuset samorządowców.

Plan B zakłada, że samorządy, które zdecydują się jednak przekształcić szpitale w spółki, będą mogły liczyć na wsparcie finansowe. Minister Kopacz zapewnia, że na realizację programu są pieniądze; przypomniała, że w trakcie prac nad zawetowaną ustawą planowano przeznaczyć na przekształcenia szpitali 2,7 mld zł. – Kiedy minister Ewa Kopacz przystępowała do tworzenia tego programu, zdawała sobie sprawę, że nie jest łatwy, wymaga współpracy z samorządami i wysiłku ze strony rządu. Zmiany wymagać będą odwagi i determinacji od wszystkich zaangażowanych w ten proces – przekonywał premier. Co ciekawe, jego zdaniem „wariant B ma więcej zalet niż zapisy ustawowe”. – Chcemy, żeby przekształcenia odbywały się dobrowolnie, bo to samorządy

wiedzą najlepiej gdzie są one potrzebne – tłumaczył Donald Tusk.

– Po co więc był pakiet ustaw zdrowotnych z fatalną ustawą, która jest gorsza od planu B? – pyta poseł Bolesław Piecha.

Z kolei lewica uznała, że ten program jest wynikiem bezzadania rządu i przerzucaniem na barki samorządów reformy systemu zdrowotnego.

Na jakich zasadach?

Program będzie realizowany w latach 2009-11. Nie jest adresowany do szpitali, ale do samorządów – organów założycielskich placówek. Plan przewiduje, że samorząd najpierw zlikwiduje zadłużony publiczny ZOZ, a następnie stworzy spółkę, która przejmie majątek szpitala i będzie jej 100-procentowym właścicielem. Nowo powołana spółka zacznie działać z czystym kontem, ponieważ wszystkie jej długi przejmie samorząd. Program restrukturyzacji i biznesplan muszą zatwierdzić NFZ i Bank Gospodarstwa Krajowego.

Samorządy, które zdecydują się w nim uczestniczyć, będą przygotowywały plany naprawcze lecznic.

Narodowy Fundusz Zdrowia ma dokonywać ich audytu medycznego i oceny możliwych do wypracowania przychodów, natomiast Bank Gospodar-

stwa Krajowego – oceny ekonomicznej i finansowej. Akceptacji pozytywnie ocenionych planów restrukturyzacyjnych będzie dokonywać wojewoda, następnie będą podpisywane umowy z minister zdrowia i ministrem finansów. Kolejnym etapem ma być przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego oraz realizacja planów naprawczych.

Dopiero pod koniec tej drogi samorząd dostanie dotację na spłacenie długów likwidowanego szpitala. – To będzie dotacja celowa wypłacana po zakończeniu restrukturyzacji – tłumaczy Jakub Szulc, wiceminister zdrowia. – Samorząd może być pewny, że dostanie 100 proc., złotówkę za złotówkę zobowiązań.

Jednak pieniędzmi z dotacji będzie można spłacić jedynie zobowiązania cywilnoprawne, np. długi wobec ZUS. I to zdaniem wielu dyrektorów jest największą wadą tego rozwiązania.

– Większość szpitali ma długi u dostawców leków czy sprzętu, a nie wobec ZUS – mówi Dariusz Hankiewicz, dyrektor szpitala w Radzynie Podlaskim, przewodniczący Konwentu Szpitali Powiatowych Województwa Lubelskiego. Jak dodaje jego szpital jest winny dostawcom 19 mln. – To dlatego, że tak naprawdę kredytują działalność NFZ, który notorycznie zaniża wartość wielu procedur i dopóki to się nie zmieni żadne programy nie pomogą – tłumaczy.

Dla kogo ratunek?

Jak udało nam się dowiedzieć do przekształceń szykują się szpitale mające ok. 10-milionowe zadłużenie. – Żaden samorząd nie zdecyduje się na przekształcenie szpitala zadłużonego na 100 czy więcej milionów, bo barierą jest wskaźnik zadłużenia samorządu w stosunku do zadłużenia SP ZOZ, który nie może przekroczyć 46 proc., a to oznacza, że nie jesteśmy w stanie skorzystać z tego programu. Nie obejmie on także najbardziej zadłużonych placówek, jak chociażby słynny już szpital w Gorzowie (mający ponad

300 mln długu – przyp. AK) – tłumaczy starosta z Poddębic (łódzkie). – Program pomoże w stabilizacji ochrony zdrowia w Polsce. Niestety, na razie nie będą mogli skorzystać z niego najbardziej zadłużeni, nie są oni jak gdyby objęci programem. Nie wspomniano też o tych, którzy się przekształcili, zostali pominięci – dodaje Rudolf Borusiewicz, sekretarz Związku Powiatów Polskich.

Jak tłumaczy wiceminister Szulc program z założenia nie obejmuje tych samorządów, gdzie dług szpitala będzie przekraczał 60 proc. budżetu powiatu czy gminy. W praktyce oznacza to, że obejmie to szpitale mające zobowiązania w wysokości 5-20 mln zł. Co ciekawe nie przewidziano też wypłaty dla tych placówek, które w ogóle nie mają długu, a będą chciały zmienić formę działania – z SP ZOZ na spółkę. – Po co więc miałbym się przekształcać? – pyta Andrzej Sawoni, dyrektor SP ZOZ w Ostrowi Mazowieckiej, jednego z najlepszych szpitali na Mazowszu, mającego 3 mln dochodu. – Poza tym w formule SP ZOZ przeszkadza mi tylko to, że każdy większy zakup muszę konsultować z organem założycielskim, nie mogę też starać się o kredyt w banku i to warto by zmienić.

Jednak minister Kopacz jest optymistką. Według jej informacji udział w programie zadeklarowało już 57 szpitali. – Jeśli na przekształcenia zdecyduje się 30 proc. placówek, to zobowiązania, które w tej chwili rosną od nowa, lawinowo, zmniejszą się o ok. 3 mld zł we wszystkich placówkach ochrony zdrowia – wylicza Ewa Kopacz.

Jak podał premier Tusk tylko w ciągu ostatniego kwartału zadłużenie szpitali wzrosło o 300 mln zł. – Ten program pozwoli na ratowanie szpitali przed komornikami i dziką prywatyzacją – podkreślał.

– Premier zapomniał jednak dodać, że zadłużenie rośnie z powodu wprowadzenia nowego systemu rozliczeń z NFZ, czyli Jednorodnych Grup Pacjentów, które spowodowało, że placówki zaczęły dostawać mniej pieniędzy – mówi wprost prof. Piotr Kuna, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – W najgorszej sytuacji są dziś szpitale kliniczne, których ten program nie obejmuje.

Jednak jak udało nam się dowiedzieć trwają prace nad pakietem pomocy dla szpitali klinicznych. Trzeba mieć nadzieję, że będzie on lepszy niż program „Ratujemy polskie szpitale”.

Agnieszka Katrynicz

Okieł Prezesa



Przed miesiącem pisałem o zagrożeniach, jakie płyną dla samorządności zawodowej zawodów zaufania publicznego z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich negującego rozwiązanie, jakim jest, jak pisze we wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, obowiązek przynależności osób wykonujących te zawody do samorządów zawodowych. Nie jest tajemnicą, że także w naszym, lekarskim, środowisku wielu osobom nie podoba się to rozwiązanie. Po ujawnieniu przez środki masowego przekazu wiadomości o wniosku Rzecznika na łamach prasy lekarskiej pojawiły się głosy, że izby lekarskie to niepotrzebne jarzmo nałożone na ludzi, którym do niczego nie jest to potrzebne.

Wśród krytykujących lekarską samorządność zawodową wielu nie dostrzega, że zawody lekarza i lekarza dentysty we wszystkich cywilizowanych krajach świata należą do tzw. zawodów regulowanych i wszędzie tam podlegają nadzorowi i regulacjom różnego rodzaju instytucji. Konieczność sprawowania pieczy nad sumiennym i należytym wykonywaniem tych zawodów nigdy nie była negowana także przez samych zainteresowanych – od niepamiętnych czasów tworzonego różnego rodzaju związki (mające charakter cechów – wykonywanie zawodu poza nimi było więc niemożliwe), które ustalały także kodeksy postępowania, a nieprzestrzeganie tychże prowadziło do zakazu wykonywania zawodu. Znając tę tradycję państwa demokratyczne powierzały zadania publiczne polegające na strzeżeniu interesu publicznego (bezpieczeństwa pacjentów) społecznościom medycznym. W taki sposób także w II Rzeczypospolitej doszło już w 1921 r. do powstania izb lekarskich, które wśród różnych instytucji budującej się demokracji zajęły poczesne miejsce. Od tego czasu zniknęły one z mapy organizacji polskiego społeczeństwa tylko w mrocznych latach braku niepodległości i demokracji. Entuzjazm, z jakim środowisko lekarskie na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych podjęło się reaktywowania izb, nie miał w nim żadnego odpowiednika. Całe pokolenia lekarzy i lekarzy dentystów pozbawionych samorządności przez reżim komunistyczny nie miały wówczas wątpliwości, że trzeba ją odzyskać dla środowiska. Tak też to pojmowano: izby to nie przymusowa przynależność, ale raczej nadany środowisku przywilej decydowania o najważniejszych sprawach istotnych dla nas oraz naszych pacjentów.

Można się oburzać, że dzisiejsze wątpliwości, a czasem nawet otwarta kontestacja samorządności pojawiające się w deklaracjach niektórych lekarzy i lekarzy dentystów, to niezrozumienie reguł społeczeństwa obywatelskiego. Ale trzeba też zadać pytanie, czy ci, którzy dając się wybrać do organów izb, wzięli na siebie odpowiedzialność za działanie samorządu, robili to dotychczas tak, jak należy. Jako jeden z działaczy naszego samorządu uważam, że krytyka, choć bolesna, jest nie tylko dopuszczalna, ale pożądana. Pomaga ona w spojrzeniu na swoją działalność oczami koleżanek i kolegów, którzy są „odbiorcami” naszych wysiłków. Warto jednak namawiać, aby ci, którzy krytyki się podejmują, włączyli się przynajmniej w jakimś stopniu do pracy samorządowej.

Nadarzy się do tego dobra okazja już w najbliższym czasie. Za kilka tygodni każdy z nas otrzyma do domu informację o zebraniu rejonu wyborczego, gdzie odbędzie się pierwszy etap wyłaniania naszych władz samorządowych. Jeśli ktoś ma pomysł na lepszą organizację pracy izby lub czuje, że jego środowisko nie jest wystarczająco reprezentowane, niech da się wybrać na delegata na okręgowy zjazd lekarzy. Dopiero znajdując się wśród delegatów na zjazd uzyska prawo do wybierania i bycia wybranym do organów okręgowej izby lekarskiej. Będzie mógł również publicznie wypowiedzieć na zjeździe to, co trapi jego środowisko, wpływać na kierunki działania izby, a także oceniać działanie wybranych organów izby. A zatem: sprawdźmy już teraz, jaki jest nasz rejon wyborczy (można to zrobić poprzez stronę internetową NIL w zakładce Centralnego Rejestru Lekarzy wpisując swoje dane), porozummy się z koleżankami i kolegami co do najlepszych kandydatów i, koniecznie, idźmy na wybory!

Tymczasem proszę nie zapominać o trwającej akcji „Koleżanko, Kolego, jak zdrowie?” Idzie wiosna, wraz z nią nowe możliwości zadbania o swoją kondycję!

Konstanty Radziwiłł



Kwestia woli

Krzysztof Bukiel



foto: Marek Stankiewicz

Stomatologia nie jest częścią medycyny, a świadczenia lekarza dentysty nie należą do świadczeń zdrowotnych. Do takiego wniosku doszedłem ostatecznie analizując zjawisko tworzenia w Polsce koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Jak wiadomo od dziesięciolecia nie udaje się takiego koszyka zbudować, a rządzący podają przy tym mnóstwo powodów na swoje usprawiedliwienie. Raz nie wiedzą czy koszyk ma być zapisany w ustawie czy w innym akcie prawnym, innym razem nie mogą się zdecydować czy ma być pozytywny czy negatywny, obfity czy skromny. Przeszkodą miała być też duża liczba świadczeń zdrowotnych, które należałoby wziąć pod uwagę przy tworzeniu koszyka i brak wyceny świadczeń „koszykowych”. Rządzący nie mogli się też zdecydować kto ma

ostatecznie kwalifikować świadczenia do koszyka i według jakich kryteriów. Tak czy inaczej, „koszyka” od 10 lat nie udało się zbudować... z jednym małym wyjątkiem. Jest nim „koszyk” gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty.

Przepis prawny, który ten koszyk wprowadza, jest zadziwiająco prosty i krótki, jakby wbrew wszelkim, przytaczanym wyżej, wątpliwościom i trudnościom. Art. 31 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stwierdza lakonicznie: *Minister zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa*

Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty, (...) uwzględniając dobro świadczeniobiorcy oraz możliwości płatnicze Funduszu. W kilku słowach zapisano wszystko: kto ma stworzyć „koszyk”, gdzie go zapisać, w jaki sposób kwalifikować świadczenia do „koszyka” i czym się przy tym kierować.

Jak to się stało, że to, co jest niemożliwe w odniesieniu do wszystkich innych świadczeń zdrowotnych, w przypadku świadczeń lekarza dentysty jest tak łatwe i proste? Moim zdaniem nawet zbyt proste. Nie ma innego racjonalnego wyjaśnienia poza tym, które przedstawiłem na wstępie, chyba że jest to kwestia woli.

Jeśli tak, to nie ma chyba co wiązać wielkich nadziei z przesłaną niedawno do Sejmu ustawą „koszykową” czyli nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która wprowadza szczegółowe zasady tworzenia „koszyka” świadczeń gwarantowanych. Według mnie jest to – jak dotąd – najlepsza próba ustalenia „przepisu” na zbudowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Zawiera wiele pozytywnych rozwiązań, jak np.:

- jednoznaczne określenie zasad kwalifikowania świadczeń do „koszyka”,
- uwzględnienie wśród tych zasad także możliwości finansowych publicznego płatnika, co może rokować, że „wartość koszyka” będzie realistyczna, a nie życzeniowa,
- wskazanie konkretnych etapów i uczestników procesu kwalifikacji świadczeń do „koszyka”,
- zapewnienie przejrzystości i jawności tego procesu,
- uznanie, że świadczenia gwarantowane to nie tylko „bezpłatne” czyli finansowane ze środków publicznych

w 100%, ale także finansowane częściowo (czyli – jak się można domyślać, bo nie napisano tego wprost – dostępne za dopłatą),

- umożliwienie elastycznej zmiany zawartości „koszyka”, dzięki temu, że będzie on przedstawiany w formie rozporządzenia ministra zdrowia.

Skoro tak pozytywnie wypowiadam się o tej ustawie – dlaczego jednocześnie przestrzegam przed zbytnim optymizmem? Jest bowiem w tej propozycji jeden niewielki, aczkolwiek znaczący „haczyk”, który cały ów niezły „pre-

pis” na koszyk świadczeń gwarantowanych może obrócić wniwecz. Ostateczna decyzja o kształcie koszyka, o wpisaniu tego czy innego świadczenia na listę i ustaleniu stopnia refundacji zależy od ministra zdrowia, który nie jest przy tym związany rekomendacjami powstałymi na podstawie całego żmudnego procesu oceny danego świadczenia zdrowotnego. Może zatem się stać, że – z różnych powodów – koszyk świadczeń zdrowotnych powstanie w kształcie dokładnie takim, jaki jest dzisiaj, bo wszystko, tak czy inaczej, ma pozostać kwestią woli – woli ministra (i jego mocodawców).

REKLAMA

REKLAMA

Bierne palenie

Bierne wdychanie dymu tytoniowego zabija co roku w Polsce ok. 2 tys. osób. U dzieci wymuszona inhalacja dymu tytoniowego jest główną przyczyną ryzyka utraty zdrowia od urodzenia do 4 r.ż.

Lista chorób spowodowanych biernym paleniem jest długa.

U niepalących dorosłych bierne palenie zwiększa ryzyko raka płuca, a także wielu schorzeń układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. Niepalący kelnerzy i barmani pracujący w zadymionym środowisku 2-krotnie częściej zapadają na raka płuca niż ich niepalący koledzy pracujący w zdrowym środowisku. U dzieci wielokrotnie rośnie ryzyko zakażeń dróg oddechowych, upośledzenia funkcji płuc, chorób ucha, ataków astmy. Nowo narodzone dzieci palących kobiet w ciąży mają kilkukrotnie wyższe ryzyko śmierci łóżeczkowej i podwyższone ryzyko wystąpienia objawów uzależnienia od tytoniu. Badania biochemiczne wykazały obecność specyficznych dla tytoniu silnie rakotwórczych nitrozoamin w moczu noworodków narażonych w okresie prenatalnym na dym tytoniowy.

Skala biernego narażenia na dym tytoniowy w Polsce jest ogromna, w szczególności u dzieci.

Szacuje się, że ok. 4 mln dzieci wdycha codziennie substancje toksyczne i rakotwórcze dymu tytoniowego, a 70 tys. noworodków rodzi się po 9-miesięcznej intoksykacji dymem tytoniowym. 48% dorosłych Polaków przynajmniej raz pali lub

paliło w obecności dzieci, a 27%, że czyni to w obecności kobiet w ciąży. Dla prawie 70% dzieci miejscem zagrożenia są miejsca publiczne i środowisko domowe. W większości krajów zachodnioeuropejskich odsetki te są wielokrotnie niższe, np. w Finlandii w jedynie 8% gospodarstw domowych pali się w obecności dzieci. W domu i miejscach publicznych bierne narażenie dzieci na dym tytoniowy jest ponad dwukrotnie częstsze niż niepalących dorosłych. Głównym miejscem narażenia dorosłych jest dom, niektóre miejsca publiczne (głównie bary, dyskoteki i restauracje) oraz miejsce pracy. W miejscach publicznych narażenie niepalących na dym tytoniowy należy do najwyższych w krajach Unii Europejskiej.

Koncentracja dymu tytoniowego w miejscach publicznych w Polsce jest bardzo wysoka.

Według Amerykańskiej Agencji Ochrony Środowiska (US EPA) dopuszczalne dla zdrowia dobowe stężenie dymu tytoniowego w powietrzu (cząsteczki mniejsze niż 2,5 mikrona) nie powinno przekraczać 65 µg/m³. W Polsce średnie dobowe zanieczyszczenie dymem tytoniowym miejsc publicznych wynosi 262 µg/m³, a tam gdzie nie ma ograniczeń palenia 477 µg/m³. W zadymionych barach, pubach i restauracjach wartości średnie dochodzą do 967 µg/m³, a najwyższe przekraczają 15 000 µg/m³! Oznacza to groźne dla zdrowia, toksyczne skażenie powietrza substancjami zawartymi w dymie tytoniowym.

Szczegółowe informacje dotyczące komunikatu można uzyskać kierując pytania na adres fpz@promocjazdrowia.pl

Witold Zatoński

Lekiem na alkoholizm bezlitosny szef

Ze Zbigniewem Wańkowiczem, ginekologiem z Kanady
rozmawia Anna Augustowska



• **Od ponad 20 lat mieszka pan w Kanadzie. Czy do szpitala, w którym pan pracuje, odważyłby się pan przyjść będąc pod wpływem alkoholu? Choćby po wypiciu małego piwa czy lampki wina?**

– W żadnym wypadku! Zresztą nie zrobiłbym tego ani w Kanadzie, ani w Polsce. Po prostu tego nie robię. Gdy-

by jednak tak się zdarzyło, konsekwencje, jakie bym z tego powodu poniósł, to w Kanadzie byłyby niewspółmiernie większe niż w Polsce.

• **To znaczy?**

– No cóż, w Polsce może dostałbym upomnienie, może mój szef by się zdenerwował, może nawet bym wyleciał z pracy, ale bardziej prawdopodobne wydaje mi się, że ktoś z kolegów by mnie zastąpił w moich obowiązkach, przejął dyżur, poklepał po plecach być może licząc, że kiedyś ja odwdzięczę się tym samym. Wszyscy liczyliby pewnie, że jakoś dam sobie sam z tym radę. A propozycję podjęcia leczenia mógłbym po prostu zlekceważyć nie ponosząc z tego powodu konsekwencji.

W Kanadzie na sto procent niemal natychmiast po tym, jak ktoś z personelu czy pacjentów poczułby ode mnie choćby cień alkoholu, powiadomiłby o tym mojego szefa, a ten wezwałby mnie i odsunął od pacjentów. Równie szybko zostałoby też o tym zdarzeniu poinformowane kanadyjskie zrzeszenie lekarzy czyli Royal College of Physicians and Surgeons, a także odpowiednie organy

w ministerstwie zdrowia. W praktyce oznacza to jedno: utratę ważnej licencji, która jest odpowiednikiem polskiego prawa wykonywania zawodu i utratę zarobków (kanadyjski lekarz za świadczone usługi wysyła do ministerstwa zdrowia rachunki, za które zgodnie z systemem punktowym otrzymuje pieniądze).

Mówiąc krótko niemal w kilka minut straciłbym wszystko. Tu nikt się nie bawi w perswazje, dobre rady w rodzaju „weź się w garść” czy czekanie aż lekarz przestanie pijany przychodzić do pracy. Jeden telefon odcina od zawodu i pieniędzy.

• **I już? Żadnej pomocy?**

– Wprost przeciwnie. Taki lekarz dostaje szansę: lecz się i stosuj do ustalonych reguł, a dostaniesz szansę powrotu. Cena jest ogromna i w zasadzie to propozycja nie do odrzucenia. O ile wybiera się medycynę, a nie alkohol.

dr Zbigniew Wańkowicz ukończył Akademię Medyczną w Warszawie w 1967 r. Jest ginekologiem. Od 26 lat mieszka za granicą. Pracuje w Calgary, w kanadyjskiej prowincji Alberta.

Kuracja w zamkniętym ośrodku trwa nawet 4 miesiące. I jest droga. Lekarz musi wyłożyć na nią własne pieniądze, ok. 20 tys. amerykańskich dolarów. Część tej kwoty może refundować samorząd lekarski, na część można wziąć kredyt w banku. Zwykle jednak lekarz

musi uruchomić swoje oszczędności i lepiej, żeby je miał! W Kanadzie lekarz, który nie ma pieniędzy, to zły lekarz. To dowód, że nie ma pacjentów.

• **Jak wygląda powrót?**

– O tym, czy lekarz może podjąć już pracę, decyduje Royal College of Physicians and Surgeons. Po szczegółowym rozpoznaniu indywidualnej sytuacji lekarza określa, w jakim systemie może wrócić do leczenia chorych: wyznacza się liczbę godzin, jakie może spędzić w pracy z zaznaczeniem, aby nie pracował w nocy, bo to sprzyja sięganiu po alkohol. Każdy wracający z leczenia lekarz musi też raz w tygodniu dzwonić do

Jeden telefon odcina od zawodu i pieniędzy

wyznaczonego laboratorium, gdzie jest badany jego moc. Co ważne, to badanie odbywa się losowo i lekarz dzwoniąc nigdy nie wie, czy będzie musiał się zaraz na nie stawić czy nie. Mocz oddaje się na miejscu i pod nadzorem, aby nie było podstawiania „czystych” próbek. Ten rygor może trwać nawet 3 lata! Oczywiście wszyscy muszą też uczestniczyć w spotkaniach Anonimowych Alkoholików, a prowadzący zajęcia wystawiają lekarzom odpowiednie zaświadczenia potwierdzające jego obecność.

• **Niektórzy twierdzą, że NIL trwoni pieniądze na zabawy, plenery i igrzyska zamiast przeznaczyć je na pomoc w szkoleniu lekarzy. Co pan na to?**

– Izba lekarska przeznaczająca fundusze na jedno i drugie. Różnie bywa z ich wykorzystaniem na szkolenia. Nasza komisja wykorzystuje każdą złotówkę tylko na pomoc w organizacji zawodów – wynajęcie hal, boisk i kortów, honoraria dla sędziów itp. Warto uhonorować sportowców, którzy często nie tylko rywalizują ze sobą, ale nierzadko zmagają się z wiekiem i własną słabością. Jest przecież jeszcze turystyka i rekreacja z rajdami górskimi, którym winniśmy poświęcić więcej uwagi.

• **Miłośnicy literatury i poezji, malarze i artyści czują się niedopieczeni, a nawet pomijani...**

– Z tym jest też różnie w różnych częściach kraju. W Gdańsku np. świetnie działa grupa malarska. Chcemy

Ten okres podtrzymywania trwa więc długo i jak wykazują badania z jednego z ośrodków odwykowych pod Toronto 60 proc. lekarzy uczestniczących w takiej terapii nie wróciło do nałogu przez pierwsze pół roku od jej zakończenia. Niestety, nie ma badań, które powiedziałaby, co się dzieje z nimi dalej, np. rok czy pięć lat po kuracji.

Szacuje się, że ok. 6 proc. lekarzy w Kanadzie – wszystkich jest ok. 60 tys. – ma problem z piciem alkoholu; natomiast w całej grupie uzależnionych lekarzy od 5 do 10 proc. zażywa kokainę.

• **W Polsce NIL stara się stworzyć optymalny model pomocy dla lekarzy mających problem z nadmiernym piciem alkoholu. Co by pan radził do niego wprowadzić?**

– Uważam, że najważniejszym elementem jest bezwzględność, tzn. jeśli ktoś pije i przychodzi do pracy, nie wolno go otaczać jakąś fałszywą lojalnością, zastępować, wysyłać do domu, aby się wypał itd., tylko od razu odsunąć od pracy. Już po jednym telefonie przełożonego do izby lekarskiej powinno być mu zawieszono prawo wykonywania zawodu i zachęcenie do podjęcia leczenia. To musi być szybka i brutalna akcja, ale nie ma innej drogi. Izba powinna też zawiadomić apteki, aby te nie realizowały recept takiego lekarza. Tylko stanowcza i konsekwentna terapia ma szansę zadziałać w przypadku uzależnień.

w przyszłości dać większe wsparcie finansowe chórom lekarskim. Ale owszem, zdarza się, że ogłaszamy konkurs fotograficzny, na który nie wpływa żadna praca. Tu potrzeba utalentowanych pasjonatów.

• **Ma pan jakiś oryginalny pomysł na rozwój inicjatywy sportowej wśród lekarzy?**

– Komisja sportu NRL organizuje rocznie ponad sześćdziesiąt imprez. Ta liczba całkowicie zaspokaja ambicje lekarzy, którzy chcą się pokazać na krajowej arenie. Marzy mi się coraz śmielsze sprzyjanie rekreacji w ośrodkach górskich i nadmorskich. Można by je wykorzystać nie tylko dla zabawy, ale również na spokojne przygotowanie się do egzaminu. Krakowscy lekarze mają np. swój hotel w Grecji, gdzie cena noclegu nie przekracza 10 euro. Można tam dojechać samochodem. Chcemy teraz robić podobne rzeczy u nas, w kraju.

Szanujmy pozytywnie zakręconych

Z Jackiem Tętnowskim szefem Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji
rozmawia Marek Stankiewicz



• **Co pana ciągnie do sportu?**

– Jako młody chłopiec skakałem wzwyż. Przeskakiwałem nawet swój obecny wzrost (183 cm), co całkiem nieźle rokowało. Kto wie, gdybym został hokeistą Podhala Nowy Targ, skąd pochodzę, może byłoby o mnie dziś głośniejsze. Ale wybrałem medycynę i nie żałuję.

• **To komu pan dedykuje swoją działalność organizatora życia sportowego?**

– „Nie medale, tu się liczy udział nasz” – jak śpiewamy w lekarskim

hymnie sportowym. Doceniam i podziwiam tych, którzy poświęcają swój czas i pieniądze, aby osiągnąć wspaniałe rezultaty. Ale jeszcze bardziej się raduję na myśl, że na Igrzyska Lekarskie do Zakopanego przyjeżdża z górą tysięcy osób, często ciągnąc za sobą całe rodziny. Znakomity przykład dają m.in. rodziny Szatanków z Radomia i Szafranków z Chelma.

Jacek Tętnowski, dr n. med., internista i gastrolog, od 1980 r. pracuje w krakowskiej Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Zakaźnych (obecnie na urlopie bezpłatnym). Od 2005 r. sekretarz ORL w Krakowie i przewodniczący Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL. Z dumą wspomina swoich szefów: prof. Stanisława Kirchmayera i prof. Józefa Bogdała. Jest rodowitym góraliem z Nowego Targu, czynnie udziela się w Związku Podhalan. Żona jest okulistką, syn architektem. Lubi podróżować po świecie, właśnie niedawno wrócił z Jordanii.

Specjaliści na wagę złota

Agnieszka Katrynicz

Młodzi lekarze wreszcie się doczekali spełnienia swojego postulatów. Ci, którzy wybiorą specjalizację na kierunku uznanym za priorytetowy, będą zarabiać więcej niż ich koledzy uczący się niedeficytowych dziedzin medycznych.

Już w tym roku Fundusz Pracy przeznaczy ponad 400 mln zł na sfinansowanie etatów rezydentów. Obecnie na rezydenturach kształci się 7,5 tys. lekarzy. Mimo zwiększenia liczby miejsc rezydentów wiele z nich pozostaje niewykorzystanych. – Wakaty są głównie w specjalizacjach,

Z Centralnego Rejestru Lekarzy wynika, że na 127 tys. lekarzy (w tym 78 tys. specjalistów) w Polsce 26 tys. (w tym 17 tys. specjalistów) przekroczyło już wiek emerytalny, a w ciągu najbliższych 5 lat na emeryturę odejdzie kolejne 11 tys. (w tym 7 tys. specjalistów).

które nie zawsze należą do łatwych i nie gwarantują w przyszłości profitów finansowych. Dlatego już teraz w systemie ochrony zdrowia zaczyna powoli brakować patologów czy lekarzy medycyny sądowej. W przypadku tych pierwszych średni wiek wynosi prawie 60 lat – mówi prof. Jerzy Kruszewski, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL.

Oplacalny priorytet

Dlatego już od dawna środowisko młodych lekarzy postulowało, by ustalić listę tzw. specjalizacji priorytetowych, związanych z wyższą pensją. – To dobry sposób, by zachęcić młodych do wyboru mniej atrakcyjnych specjalności – przekonuje Cezary Szary ze Stowarzyszenia Młodych Lekarzy.

Najwyraźniej te apele zostały wreszcie wysłuchane, bo projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadza nowe zasady ustalania wynagrodzeń rezydentów. Będą różnicowane ze względu na dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa specjalizację oraz ze względu na rok nauki. Obecnie rezydenci zarabiają 2473 zł brutto. Od tego roku ich pensje mają być wyższe – wynagrodzenie zostało bowiem określone na poziomie 110 proc. przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za 2007 r. Będzie więc liczone od kwoty 2880,97 zł. To oznacza, że rezydent w zwykłej dziedzinie medycyny w pierwszych dwóch latach nauki zarobi 3170 zł miesięcznie. W przypadku lekarzy decydujących się na robienie specjalizacji z zakresu dziedziny medycyny uznanej za priorytetową wskaźnik ten wyniesie 125 proc. Dzięki temu będą oni zarabiać 3602 zł miesięcznie.

Po drugim roku specjalizacji wskaźnik ten wzrośnie o kolejne 10 proc. I tak wyniesie odpowiednio 120 proc. dla lekarza w dziedzinie medycyny nie uznanej za priorytetową (3458 zł) oraz 135 proc. w przypadku lekarzy uczących się na kierunkach uznanych za deficytowe (3890 zł).

Na priorytetowej liście znaleźli się m.in. anesteziolodzy, patomorfolodzy, pediatrzy, lekarze sądowi oraz rodzinni. – Tak naprawdę niedługo wszystkie specjalizacje powinny znaleźć się na tej liście, bo specjalistów zaczyna brakować w każdej dziedzinie – uważa Grzegorz Napiórkowski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL. Rzeczywiście szacuje się, że w przyszłości braki kadrowe mogą być jeszcze większe, bo z każdym rokiem zwiększa się średnia wieku lekarzy. Na przykład większość chirurgów i ortopedów zbliża się do wieku emerytalnego. Podobnie jest z ginekologami. Sytuacji z pewnością nie poprawia fakt, że część lekarzy wyemigrowała. Z danych samorządu lekarskiego wynika, że od przystąpienia Polski do UE nawet 6 proc. aktywnych polskich lekarzy mogło wybrać pracę za granicą.

Rosnące braki

– Problem polega na tym, że nie do końca wiadomo jakich specjalistów potrzeba w każdej z dziedzin, bo nie ma tu

żadnego planowania, bo najczęściej mają do powiedzenia konsultanci. Ja kiedyś myślałem, żeby zostać pediatrą. Zmieniłem zdanie, gdy usłyszałem od starszych kolegów, że bym się nie wygłupiał, bo przecież pediatrów mamy w Polsce zatrzęsienie – wspomina Napiórkowski. – Patrząc dziś na kolejki do lekarzy wiemy, że pediatrów jest za mało.

Rzeczywiście, średni wiek osób posiadających taką specjalizację to 56 lat. W ciągu ostatnich lat liczba tych specjalistów zmniejszyła się z 10 tys. do niewiele ponad 6 tys.

Z problemem próbowała się zmierzyć warszawska okręgowa rada lekarska, która przeanalizowała wiek lekarzy dziesięciu specjalizacji. Okazało się, że zaledwie 10 proc. lekarzy z Mazowsza ma poniżej 31 lat. Prawie tyle samo jest specjalistów, którzy przekroczyli siedemdziesiątkę. – To niebezpieczne proporcje. Widać, że kształcimy za mało młodych lekarzy – podkreśla Andrzej Włodarczyk, przewodniczący ORL w Warszawie.

Jedna trzecia specjalistów ma już powyżej 51 lat i zbliża się do emerytury. Do tego wśród lekarzy dominują kobiety, które wcześniej będą mogły zakończyć pracę. Najgorsza sytuacja jest wśród internistów – prawie połowa lekarzy ma już powyżej 61 lat. Równie szybko może nam zabraknąć chirurgów, pediatrów, ortopedów i ginekologów położników. Np. prawie 12 proc. aktywnych zawodowo chirurgów skończyło już 70 lat, a co trzeci ginekolog położnik ma od 51 do 60 lat. W Warszawie już teraz dramatycznie brakuje ortopedów. Nie ma kim obsadzać ostrych dyżurów. Problem jest także ze znalezieniem rehabilitantów. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia nie widzi problemu.

– Nie ma wyraźnych sygnałów, które wskazywałyby na to, że istnieją zagrożenia dotyczące zapewnienia ciągłości pracy placówek medycznych. Młode osoby wciąż są bardzo zainteresowane robieniem specjalizacji. Oczywiście są pewne problemy dotyczące drożności tego systemu. Jednak mówiąc o luce pokoleniowej należy sprecyzować, jaką specjalność mamy na myśli. Trzeba również wziąć pod uwagę uwarunkowania regionalne. Inaczej jest bowiem z dostępnością do konkretnych specjalistów na Mazowszu, a inaczej np. na Podlasiu – uważa Roman Danielewicz, dyrektor departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia.

Pacjenci też winni?

Coraz częściej słysząc też głosy, że za rosące kolejki do specjalistów odpowiadają sami pacjenci. – Polacy mają głębokie przeświadczenie, że u dziecka nawet katar, a u dorosłego nawet lekkie podwyższenie ciśnienia trzeba leczyć u specjalisty – tłumaczy prof. Jacek Ruszkowski, dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Akademii im. Leona Koźmińskiego w Warszawie.

Wiele zależy od tego, czy Polacy w końcu rozumieją, że ilość i jakość specjalistycznych usług medycznych zależy w dużym stopniu od zmiany ich nawyków. – Polacy mają niedobry zwyczaj rezerwowania sobie kolejki u kilku specjalistów jednocześnie – wyjaśnia Tomasz Filarski, rzecznik praw pacjentów w Małopolsce.

– Zdarza się, że w rzeczywistości kolejki oczekujących są o połowę krótsze, niż informują o tym placówki medyczne, bo pacjenci są zapisani na kilku listach lub dawno przeszli zabieg w innym ośrodku – potwierdza Edyta Grafowska-Woźniak, rzeczniczka NFZ.

Podczas ubiegłorocznej kontroli NFZ w oddziałach okulistycznych wyszło na jaw, że aż 880 Polaków, u których operacyjnie usuwano zaćmę, nigdy nie czekało na zabieg w żadnej kolejce. Jak to możliwe, skoro na usunięcie zaćmy oczekuje się zwykle kilka miesięcy? Proszeni o wyjaśnienia lekarze przyznawali, że zoperowany pacjent pochodził z ich dalekiej rodziny lub że po prostu „nie pamiętają okoliczności przyjęcia pacjenta”.

Czy rzeczywiście lekarzy specjalistów za chwilę zabraknie? Ze statystyk Centralnego Rejestru Lekarzy wynika, że uczelnie medyczne musiałyby w ciągu najbliższych pięciu lat wykształcić nawet o 40 proc. więcej lekarzy, niż robią to teraz, by zastąpić tych specjalistów, którzy odejdą na emeryturę. Tymczasem, choć większość wyższych szkół medycznych myśli o zwiększeniu liczby miejsc na wydziałach lekarskich, aż takiej rewolucji w rekrutacji nie przewiduje.

– Zanim doczekamy się nowych pokoleń fachowców, może minąć nawet kilkanaście lat – uważa prof. Ruszkowski. – To wystarczająco dużo czasu, by udało się nam, pacjentom, zmienić podejście do korzystania z systemu opieki zdrowotnej. Może to najlepszy moment, by nabrać większego zaufania do lekarzy rodzinnych?

REKLAMA

REKLAMA

Poświęcenie i przeznaczenie



foto: Marek Stankiewicz

Krystyna Knypl

Im dalej od jesiennej sesji PES interna, tym ciekawiej, a tu już zbliża się następna sesja i nic nie wskazuje na to, że poziom emocji będzie mniejszy.

Paremie i kalumnie

Aktywnie działający komitet Protest PES nie pozwala spać spokojnie niektórym luminarzom medycyny i urzędnikom ministerialnym. Prof. Tomasz Grodzicki postanowił przywołać do porządku niesfornych kandydatów na specjalistów i przywrócić dobry stary ład. Wyznał na łamach jednego z czasopism medycznych, iż profesorowie Stanisław Orkisz i Zbigniew Gaciong z *ogromnym poświęceniem* wypełniają obowiązki związane z egzaminami specjalizacyjnymi i zważywszy na bezmiar owego poświęcenia minister zdrowia Ewa Kopacz nie powinna rezygnować z usług wspomnianych panów profesorów. Wypowiedź swą prof. Grodzicki okraślił prawniczą paremią – *Vanae voces populi non sunt audience* (nie należy dawać posłuchu czemuś głosem tłumu). Miast bezpodstawnie rezygno-

wać z usług dotychczasowego konsultanta do spraw interny, należy zdaniem prof. Grodzickiego *rozpocząć dyskusję merytoryczną, a nie personalną*.

Wysoce pejoratywny ton wypowiedzi prof. Grodzickiego wobec wszystkich lekarzy, którzy negatywnie ocenili pełnienie funkcji konsultanta krajowego przez prof. Gacionga oraz proponowanie (komu?) dyskusji merytorycznej (o czym?) oceniam, najdelikatniej mówiąc, jako zachowanie w bardzo złym stylu. Cytowana *paremia* jest jedną z rzymskich maksym prawnych i przytaczanie jej w kontekście dyskusji toczącej się *inter pares* jest nie na miejscu. Wszyscy jesteśmy lekarzami, a to co zdobyliśmy po ukończeniu studiów jest wypadkową wielu różnych czynników i żaden z nich nie upoważnia do nazywania innych lekarzy *thumem*. Prof. Grodzicki, jako jeden z konsultantów krajowych, nie jest najbardziej

obiektywnym sędzią w sprawie innego kolegi konsultanta krajowego.

Admiruję umiejętność zarządzania własną karierą (z odniesionym swego czasu spektakularnym sukcesem na tym polu), poczucie humoru, nieskazitelną angielszczyznę oraz parę innych cech prof. Gacionga, ale nie spostrzegłam, aby *ogromne poświęcenie* na rzecz środowiska internistów było dominującą cechą jego osobowości.

Osobiście sądzę, że nie ma takiej potrzeby, aby którykolwiek konsultant krajowy pracował niczym Siłaczka lub Judym, stosowne bowiem rozporządzenie MZ dokładnie precyzuje obowiązki osoby sprawującej ten urząd, a także określa wysokość honorarium za pełnienie obowiązków.

Prof. Gaciong nie dołożył należytych starań, aby egzaminy specjalizacyjne z interny były przeprowadzane w sposób profesjonalny. Co więcej – w roz-

mowach z przedstawicielami mediów wyrażał się, ogólnie mówiąc, mało elegancko o kolegach, którzy przystąpili do egzaminu. W trójkacie zdający – opiekun specjalizacji – konsultant krajowy odpowiedzialność rozkłada się w trudnych do oszacowania proporcjach, ale z pewnością główna odpowiedzialność spada na barki pierwszego internisty kraju, bo to on, a nie kto inny, jest odpowiedzialny za całokształt i poziom nauczania danej dyscypliny klinicznej.

Wysoki urząd publiczny konsultantów krajowych i profesorskie tytuły zobowiązują nie tylko do realnego zapewnienia wysokich standardów szkolenia podyplomowego, ale także do dbałości o każde słowo w wypowiedziach publicznych. Brak szacunku dla szeregowych lekarzy i reprezentujących ich prawników nasuwa przypuszczenie, że komentujący wydarzenie konsultanci krajowi gdzieś w zakamarkach podświadomości mają zakodowane przekonanie, że epoka feudalizmu nie minęła i można pomiatać każdym małuczkim z medycznego folwarku. Pora zauważyć, że mamy państwo prawa i obowiązuje ono wszystkich w jednakowym stopniu.

Na co czekamy?

Publicznie dostępny wykaz obowiązującej literatury do egzaminu, jednoznacznie zredagowane pytania bez osławionych podwójnych zaprzeczeń, zrezygnowanie z pytań o czwartorzędowe szczegóły, a także możliwość oceny przez zdających przebiegu egzaminu – to nie są wygórowane oczekiwania, lecz elementarne normy szeroko w Europie obowiązujących standardów szkolenia podyplomowego lekarzy. Nie trzeba w kwestii organizacji egzaminu specjalizacyjnego rozpoczynać dyskusji merytorycznych, ani wywierać drzwi, bo już dawno je otwarto i wiadomo, które prowadzi droga do unormowania sytuacji. Są świetne przykłady w postaci egzaminu europejskiego dla urologów oraz od niedawna dla anestezjologów.

Z poświęceniem na tym polu pracował prof. Andrzej Borówka z zespołem współpracowników, wprowadzając jako pierwszy specjalista krajowy egzamin europejski w czasach, gdy jeszcze nie byliśmy w Unii Europejskiej, dbał o wysoki poziom szkolenia w urologii i mamy tego piękne rezultaty. Nasi urolodzy zdają lepiej niż ich europejscy koledzy, a ponadto wszyscy są wręcz zobowiązani do wypełnienia ankiety, która zawiera pytania szczegółowo oceniające przebieg egzaminu, zredagowanie pytań, a także postawę nadzorujących wobec egzaminowanych!

Moje wyrazy uznania, panie profesorze Borówka! Brawo nasi urolodzy!

Tradycję wysokich standardów sprawowania urzędu konsultanta krajowego pięknie kontynuuje prof. Krzysztof Kusza, który na swojej stronie internetowej w sposób profesjonalny i transparentny omawia wszystkie problemy związane z wprowadzeniem egzaminu europejskiego z anestezjologii. Ujmujący jest szacunek, jaki w każdym zdaniu okazuje profesor Kusza kolegom przystępującym do PES oraz deklaracja, że to on ponosi pełną odpowiedzialność za nowatorski przebieg egzaminu. Moje wyrazy uznania, panie profesorze Kusza! Brawo nasi anesteziolodzy!

Niestety, interniści nie mogą liczyć na egzamin europejski – możliwość jego zdawania została właśnie zawieszona z powodu małego zainteresowania ze strony kandydatów, o czym poinformowano niedawno na stronach *European Federation of Internal Medicine*. Nie jest zwolennikiem takiego egzaminu nowy konsultant ds. chorób wewnętrznych dr hab. med. Jacek Imiela.

Dźwięki w różnej tonacji

Gdy w czasach monarchii austro-węgierskiej odbywały się kongresy lekarzy, które zgodnie z dzisiejszą nomenklaturą były też szkoleniem podyplomowym, ich uroczyste otwarcie uświetniały specjalnie na tę okazję komponowane przez Straussa walce. Dziś szkoleniu podyplomowemu towarzyszą dźwięki dalekie od pięknej muzyki, które nikogo nie wprawiają w dobry nastrój.

Czy przeznaczeniem polskiego lekarza jest praca w warunkach ciągłego upokarzania nie tylko przez administratorów systemu ochrony zdrowia, roszczeniowych pacjentów, ale także prominentnych przedstawicieli środowiska lekarskiego? W wypowiedziach tych z kolegów, którzy wybrali pracę poza krajem zwraca uwagę radość z faktu, że są oni tam szanowani przez wszystkich. Najwyższa pora nie tylko na egzamin europejski z interny, ale także na to, aby nasze wzajemne relacje oparte były na szacunku. Jeżeli sami nawzajem nie będziemy się szanowali, nie oczekujemy, że inni okażą nam szacunek.

Czyżby konkurencja ze strony Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Kształcenia Ustawicznego Lekarzy (OSKUL) była tak groźna dla niektórych przedstawicieli establishmentu profesorskiego, dzierżącego szkolenie podyplomowe w swych rękach, że aż trzeba się uciekać do metod znanych do tej pory tylko wśród polityków? Osobiście uważam, że OSKUL jest COOL!

Rozszyfruj receptę

Prasę medyczną obiegła wiadomość, że od 1 lipca 2009 będziemy zobowiązani do nabywania nowych druków recept, które poza znakami wodnymi będą miały jeszcze inne, dodatkowe zabezpieczenia. Podobno każdego dnia wystawiany jest w Polsce 1 mln recept i dzięki tak dużemu nakładowi owych druków koszt jednego bloczka wyniesie poniżej 2 zł. Dystrybucją będzie się zajmować NFZ.

W czasach, gdy wszelkie giełdy papierów wartościowych na całym świecie mają się marnie, nasza, polska giełda papierów wartościowych, jakimi są recepty, rozkwitnie, a wszystko to w ramach troski o dobro pacjenta, uszczelniania systemu i dalszego podnoszenia jakości usług – jak to głoszą heroldowie z NFZ-u i MZ. Cały świat zmierza ku receptom zapisywanym w komputerach i udostępnianych *on line*, ale nie my. Możemy więc powrócić do pomysłu jednej z naszych Czytelniczek: usypiania na dziedzińcu MZ kopca z niewykorzystanych druków recept, jakie zalegają w naszych szufladach, ku czci wszystkich ministerialnych receptologów. Podobno dopiero za kilka lat przejdziemy na system dokumentacji elektronicznej oraz recepty *on line* – tak więc przed moją rubryką jeszcze kilka lat prosperity i sławy.

W tym numerze wnosimy się na wysoki poziom trudności i przedstawiamy coś dla naprawdę wytrawnych deszyfrantów. Było już sporo recept, opisy niektórych badań, ale jeszcze nie pokazywałam historii choroby. Oto przykład dokumentacji, która miała pomóc w ustaleniu stopnia niepełnosprawności pacjentki. Czy można tu cokolwiek odczytać? Mnie nie udało się, poza pojedynczymi słowami, odtworzyć żadnego całego zdania, ale wierzę w umiejętności dotychczasowych laureatów oraz tych, którzy rozwiązują zamieszczane teksty tylko dla samych siebie i tych, którzy jeszcze nie próbowali trudnej sztuki rozgryzienia, co autor tekstu miał na myśli.

Laureatami zostają: dr Jacek Piotrowski z Granowa oraz dr Piotr Szargiej z Suwałk – prosimy o podanie adresów pocztowych, pod które zostaną wysłane nagrody książkowe.

Czekam na rozszyfrowanie historii choroby, pod adresem:

krystyna.knypl@compi.net.pl



Lekarz lekarzowi wilkiem

W styczniowym numerze „Gazety Lekarskiej” Krystyna Knypl uznała za konieczne skrytykować stanowisko Zarządu Głównego TIP w sprawie warunków szpitalnego leczenia ciężkiego nadciśnienia tętniczego. Mogę się zgodzić, że felieton ma swoje prawa, jednak jego napastliwego i przesadnego języka zaakceptować nie potrafię.

Autorka słusznie umieściła podtytuł „profesorsko-ordynatorskie troski”. Tak, było troską naszą, Towarzystwa Internistów Polskich, jak i wielu ordynatorów oddziałów chorób wewnętrznych, aby przypadki ciężkiego nadciśnienia tętniczego mogły być leczone w oddziałach chorób wewnętrznych. Warunek, aby takie przypadki leczone były wyłącznie w oddziałach posiadających dwu specjalistów hipertensjologów uznaliśmy za niewłaściwy i w efekcie szkodliwy dla chorych.

Argumentowano w tej sprawie bardzo szeroko. Ponieważ jednak nie wszyscy z tymi argumentami się zapoznali, przypomnijmy: 1) rozpoznawanie i leczenie wszystkich form i postaci nadciśnienia tętniczego znajduje się w programie specjalizacji z chorób wewnętrznych; 2) kryteria rozpoznania ciężkiego nadciśnienia są ściśle określone; 3) warunki udzielenia ww. świadczenia (konieczność wykonania konkretnych, specjalistycznych badań) zostały przez NFZ precyzyjnie opisane; 4) ciągle jeszcze niewielka liczba specjalistów hipertensjologów zmuszałaby do transportu wielu chorych wymagających szybkiej pomocy na niejednokrotnie znaczne odległości. A dla czegoż ciężkiego nadciśnienia nie miałby leczyć internista czy nefrolog? Jaki związek z merytoryczną dyskusją na ten temat ma problem ewentualnych oszustw „dla podratowania budżetu”? Któż tu jest dla kogo wilkiem, upowszechniając te deprecjonujące nasz zawód opinie?

Zasadniczy problem polegał na restrykcyjności wymagań zaproponowa-

nych przez NFZ, co ograniczało możliwość leczenia ciężkiego nadciśnienia do kilku ośrodków w kraju i odmawiało w efekcie podjęcia właściwego postępowania w tych przypadkach lekarzom internistom, kardiologom czy nefrologom. Na całe szczęście z inicjatywy TIP ten błąd skorygowano. Niestety, do takich nieprawidłowości, zdaniem moim i Zarządu Głównego TIP, prowadzi nieprzemyślane mnożenie specjalności szczegółowych.

Czy to stanowi zaprzeczenie faktu, że mamy w kraju wybitnych specjalistów w dziedzinie nadciśnienia tętniczego, że ośrodki przez nich stworzone są znane nie tylko w kraju, ale i za granicą? Oczywiście, że nie. Przecież choćby działalność na tym polu krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych przynosi ogólnie akceptowane wytyczne diagnostyki i właściwego leczenia tej jakże powszechnej choroby. Do absurdu jednak doprowadzić nie można. I nie ma to nic wspólnego z dyskredytowaniem kogokolwiek. (...)

I sprawa druga – egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych jesienią 2008 r. Tu Autorka zarzuca z kolei Towarzystwu Internistów Polskich brak reakcji. Argument ten mijają się z prawdą. Wynik tego egzaminu budzi niepokój, bo nie zdała go prawie połowa egzaminowanych. Za przeprowadzenie egzaminu odpowiedzialny jest konsultant krajowy w dziedzinie interny. Minister Zdrowia podjęła w tej sprawie decyzje personalne. Mimo starań nie ujawniono dotąd treści pytań i odpowiedzi. Bez tego ewentualna merytoryczna krytyka pytań egzaminacyjnych nie jest możliwa. Czy w tej sytuacji mamy pisać napastliwe felietony, lub jak to określono „lamentować”? Nie jest to cel Towarzystwa Internistów Polskich. Merytoryczną dyskusję, szczególnie w zakresie programu nauczania, szkolenia, kwalifikacji zawodowych i wymagań stawianych specjalistom w zakresie chorób wewnętrznych podejmiemy zawsze.

prof. dr hab. med. Jacek Musiał
prezes Zarządu Głównego TIP

* * *

Nie jestem w stanie prześcignąć prof. Jacka Musiał w konkurencji upowszechniania opinii deprecjonujących nasz zawód, a nawet jak sądzę nigdy w niej nie startowałam. To Jacek Musiał 11 listopada 2008 r. na łamach „Gazety Wyborczej” w sposób bezprzykładnie niestosowny wyrażał się na temat hipertensjologów

do ponad czterystu tysięcy czytelników. Według niego hipertensjologzy są specjalistami od jednej choroby, a ich lobbing (...) bierze górę nad interesem chorych. Prezes TIP najwyraźniej zapomniał, że specjalizację z hipertensjologii można rozpocząć dopiero po uzyskaniu specjalizacji z interny lub pediatrii. Przepisy NFZ nie powstały w wyniku lobbingu hipertensjologów, lecz jak wyjaśnił to w cytowanym artykule konsultant krajowy prof. Krzysztof Narkiewicz *podniesienie wymogów było konieczne – w szpitalach dochodziło do nadużyć. Sprawozdawały do NFZ, że mają po kilkadziesiąt, po stu w roku chorych z bardzo ciężkimi powikłaniami z powodu nadciśnienia. To niemożliwe, by było ich tak wielu.* Tak więc w moim artykule przytoczyłam jedynie to, co zostało wcześniej opublikowane w prasie codziennej.

Bardzo mnie ucieszyła informacja, że wynik egzaminu budzi niepokój przedstawicieli TIP. Musiało to jednak być uczucie z kategorii tzw. niepokoju wewnętrznego, nie napotkałam bowiem jakichkolwiek wyrazów tego niepokoju w postaci wypowiedzi, komentarza czy informacji w prasie lub na stronach internetowych TIP o tym, co zrobiono dla naprawy warunków przeprowadzania egzaminu z interny, budzących burzliwe dyskusje od lat.

Uczucia muszą mieć swój wyraz, uczucia bez wyrazu nie istnieją – mawiał pewien mędrzec i cieszę się, iż swoim felietonem przyczyniłam się do umożliwienia dania wyrazu i uzewnętrznienia niepotrzebnie do tej pory skrywanych przed naszym środowiskiem uczuć niepokoju, a przez to lepszego realizowania przez zarząd TIP statutowych obowiązków, wynikających z rozdziału II, art. 9 i 10.

dr n. med. Krystyna Knypl
Internista hipertensjolog
dziennikarz medyczny

Medale

Chciałbym pogratulować artykułu w „GL” nr 1/2009 pt. „Medicus medici lupus est”, a zwłaszcza przyznanych medali. Ja również nie muszę już niczego zdawać (jestem w wieku plus 50), ale dobrze pamiętam, ile potrzeba wysiłku, aby zdać egzamin specjalizacyjny z chorób wewnętrznych. To, co zrobiono z lekarzami w ubiegłym roku, to skandal! W pełni podpisuję się pod przyznanymi medalami.

dr Józef Szary
specjalista chorób wewnętrznych
Bielsko-Biała

REKLAMA

REKLAMA



foto: Marek Stankiewicz

Rzecznik prasowy NRL

Prezydium NRL – 13 II 2009

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie **dostarczania do domów pacjentów preparatów do żywienia pozajelitowego**. Prezydium, po zapoznaniu się z opinią konsultanta krajowego w dziedzinie farmacji szpitalnej prof. Edmunda Grześkowiaka w sprawie dostarczania do domów pacjentów preparatów do żywienia pozajelitowego, sporządzonych przez apteki szpitalne, nadesłaną przez GIF, stwierdza, że prowadzenie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych jest wskazane i pożądane ze względu na komfort pacjenta i ze względów organizacyjno-ekonomicznych. Ponadto zwrócono uwagę, że preparaty do żywienia pozajelitowego zgodnie z obowiązującymi przepisami muszą być przygotowywane przez apteki szpitalne, które w obecnym stanie prawnym nie mogą świadczyć usług na rzecz indywidualnego pacjenta. Ten przepis powinien zostać jak najszybciej zmieniony.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie nr 102/2008 Prezesa NFZ z 29.10.2008 r. w sprawie **określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii na rok 2009**. Prezydium zwróciło uwagę, że opisane w załączniku nr 2 „Katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii” maksymalne dawki dzienne substancji czynnych zostały określone na zbyt niskim poziomie, który nie uwzględnia charakterystyk znacznej liczby produktów medycznych ani dostępnych na rynku wielkości opakowań tych produktów. Ponadto Prezydium zwróciło uwagę, iż w katalogu tym nie zostały uwzględnione najnowsze cytostatyki zarejestrowane w Polsce – cłofarabina i nelarabina.

Kolejny raz zwrócono też uwagę na nadmierne obciążanie lekarzy dodatkową pracą o charakterze biurokratyczno-administracyjnym. Rosnące wymagania NFZ w zakresie sprawozdawczości nie przekładają się w widoczny sposób na wykorzystanie analityczne zbieranych danych, co podważa celowość ich zbierania.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozp. ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej**. Prezydium co do zasady uznało za słuszną ideę podnoszenia stawek wynagrodzeń pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, natomiast wzrost tych wynagrodzeń przewidziany w przedstawionym projekcie rozporządzenia jest stanowczo zbyt niski. Biorąc pod uwagę przewidywaną inflację tak nieznaczny wzrost nakładów na wynagrodzenia może w praktyce okazać się nieodczuwalny dla pracowników publicznych zoz-ów.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy **zmieniającej ustawę kodeks karny**. Przedstawiony projekt ustawy Prezydium opiniuje negatywnie. Sprawa dopuszczalności procedury zapłodnienia pozaustrojowego (*in vitro*) jest obecnie przedmiotem szeroko zakrojonej debaty społecznej. Przeważa pogląd, że sprzeciw wobec stosowania metody *in vitro* ma raczej charakter światopoglądowy, dlatego regulowanie stosowania tej metody poprzez jej penalizację nie wydaje się właściwe. Ponadto zwrócono uwagę, że kwestie dokonywania eksperymentów z udziałem człowieka w stadium embrionalnym reguluje Kodeks Etyki Lekarskiej, natomiast ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów zawiera przepisy karne dotyczące handlu komórkami i tkankami, co zdaniam Prezydium obejmuje także handel embrionami.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „**Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia**”. Zasadniczy sprzeciw Prezydium budzi zawarta w projekcie propozycja skierowania

pomocy finansowej dla spłaty zobowiązań wyłącznie do tych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w których dokonane zostanie przekształcenie w spółkę kapitałową działającą w oparciu o kodeks prawa handlowego. Samorząd lekarski wielokrotnie podkreślał, że nie jest przeciwny wprowadzeniu (w uzasadnionych przypadkach) nowych form organizacyjnych ZOZ-ów, jednakże pod warunkiem wcześniejszego urealnienia cen procedur medycznych. Wprowadzenie „przymusowych” przekształceń, przy obecnym poziomie finansowania świadczeń medycznych, doprowadzi do ich znacznego ograniczenia (zwłaszcza tych kosztochłonnych). Prezydium zwróciło także uwagę, iż program nie określa wysokości kwot, które będą przeznaczone na dofinansowanie samorządów i może się zdarzać, w związku z pogorszeniem sytuacji finansowej, że przekształcenia kapitałowe doprowadzą do upadłości szpitali.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie **stażu podyplomowego**. Prezydium popiera wzrost wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów odbywających staż podyplomowy. Jednakże zdaniem Prezydium wynagrodzenie to powinno odpowiadać przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw, bez wypłaty nagród z zysku, ogłaszanemu przez Prezesa GUS za poprzedni kwartał.

Prezydium przyjęło stanowisko w sprawie projektu uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia Programu wieloletniego pod nazwą „**Wzmocnienie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli**”. Prezydium negatywnie opiniuje nadesłany projekt. Zaproponowany projekt uchwały budzi zdziwienie i zaskoczenie. W roku ubiegłym po raz pierwszy od chwili istnienia programu „*Wzmocnienie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli*” środki finansowe zostały przekazane, poza szpitalami klinicznymi, również szpitalom, dla których organami założycielskimi są organy samorządu wojewódzkiego oraz tym, które posiadały ponad 400 łóżek. Ministerstwo Zdrowia deklarowało już pod koniec 2008 r., że powyższy „próg” nie będzie przeszkodą dla wsparcia również pozostałych placówek szpitalnych, tj. posiadających mniej niż 400 łóżek. Niestety, kolejny raz środki finansowe w ramach tego programu zostały skierowane do szpitali klinicznych i instytutów naukowo-badawczych, całkowicie eliminując pomoc obiecaną szpitalom powiatowym posiadającym do 400 łóżek. Jest to niezgodne z zapowiadaną ideą Programu. Nawet w przypadku szukania oszczędności w ochronie zdrowia nierówne traktowanie szpitali klinicznych i szpitali, dla których organami założycielskimi są organy samorządu powiatowego, należy ocenić negatywnie.

Delegowano:

- **Marka Szewczyńskiego** na posiedzenie ogólne **Rady Europejskich Lekarzy Dentystów** (Council of European Dentists) w Pradze w dn. 29-30.05.br.
- **Klaudiusza Komora** i **Macieja Hamankiewicza** na posiedzenie **Europejskiego Forum Stowarzyszeń Medycznych**

i **Światowej Organizacji Zdrowia** (EFMA/WHO), w dn. 1-3.04.br. w Bratysławie.

- **Annę Lellę, Kazimierza Bryndala** i **Marka Szewczyńskiego** na Sesję plenarną **ERO-FDI** w Rzymie w dn. 17-18.04.br. oraz na spotkania grup roboczych ERO-FDI w Rzymie 16.04.br.
- **Annę Lellę** i **Marka Szewczyńskiego** na **Kongres Światowej Organizacji Dentystycznej** (World Dental Federation) w Singapurze w dn. 31.08.-5.09.br., w ramach którego odbędzie się Posiedzenie Plenarne FDI, Sesja Plenarna Europejskiej Regionalnej Organizacji (ERO-FDI) i posiedzenia Grup Roboczych.

NRL – 13 II 2009

NRL przyjęła stanowisko w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy **o zawodach lekarza i lekarza dentysty** w części dotyczącej doskonalenia zawodowego. Obszerny projekt można znaleźć na stronie www.nil.org.pl

NRL przyjęła stanowisko w sprawie wniosku ministra zdrowia o uchylenie lub zmianę stanowiska NRL nr 7/08/V z 4.04.2008 r. w sprawie **stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach**. Zdaniem NRL nie ma podstaw prawnych do podjęcia uchwały w sprawie uchylenia stanowiska nr 7/08/V NRL z 4.04.2008 r. w sprawie stosowania homeopatii i pokrewnych metod przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz organizowania szkoleń w tych dziedzinach na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z 17.05.1989 r. o izbach lekarskich. Stanowisko to ma charakter podstaw merytorycznych do zmiany swojej opinii w przedmiocie homeopatii. Stanowisko to zostało podjęte na podstawie opinii zespołu ekspertów, powołanego przez NRL, który poszedł nawet dalej niż NRL w negatywnej ocenie stosowania produktów homeopatycznych. W stanowisku NRL wyraziła swoje przekonanie o braku istnienia jakichkolwiek dowodów naukowych świadczących o skuteczności leczenia tymi produktami, do czego jest uprawniona na podstawie przepisów ustawy o izbach lekarskich.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie **wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich z 12.01.2009 r.** Zdaniem NRL zawody lekarza i lekarza dentysty są zawodami zaufania publicznego, a zatem stosuje się do nich art. 17 ust. 1 Konstytucji. Kwestionowanie uznania tych zawodów za zawody zaufania publicznego jest niczym nieuzasadnione. Co więcej, RPO nie przedstawia we wniosku żadnych argumentów, które podważyłyby to uznanie. Za równie bezpodstawną Rada uznaje tezę wniosku, iż obowiązkowa przynależność do izb lekarskich jest sprzeczna z określoną w art. 58 ust. 1 Konstytucji RP wolnością zrzeszania się oraz wprowadzoną w art. 31 ust. 3 normą konstytucyjną, iż ograniczenia w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanowione, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź

dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Mając na względzie także fakt, iż w większości krajów europejskich istnieje samorządność zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów, NRL stwierdziła, że wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich zmierzający do zastąpienia izb lekarskich dobrowolnymi zrzeszeniami jest nie tylko niezasadny, lecz neguje on jeden z fundamentów zdecentralizowanego, samorządnego i obywatelskiego państwa prawa, jakim jest Polska.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie powołania **Rady Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NIL**. Powołano Radę w składzie: **Mariusz Janikowski, Jerzy Kruszewski, Anna Lella, Wojciech Marquardt, Ładysław Nekanda-Trepka**.

NRL przyjęła stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie **ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw**. W przeciwieństwie do poprzednich proponowanych rozwiązań projekt zakłada szereg ograniczeń przeciwdziałających ewentualnym przyszłym inicjatywom prywatyzacji przekształcanych zakładów, a przede wszystkim wyklucza obligatoryjne przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki, których komercjalizacja niosła za sobą groźbę niekontrolowanej prywatyzacji – co należy uznać za jego niewątpliwą zaletę. Jednakże samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe nie powinno się dokonywać bez równoległego zwiększenia poziomu finansowania zakładów opieki zdrowotnej przez NFZ i tym samym podwyższenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. NRL stoi na stanowisku, że pomimo kilku mankamentów projekt jest propozycją realizującą większość postulatów środowisk medycznych dotyczących niezbędnych przekształceń w systemie ochrony zdrowia i może być podstawą do dalszych prac w tym zakresie. Na podkreślenie zasługuje fakt, że rozwiązania proponowane w projekcie z jednej strony umożliwiają rozpoczęcie zmian organizacyjnych dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z drugiej zaś zabezpieczają interes publiczny i bezpieczeństwo zdrowotne obywateli.

Z kalendarza Prezesa NRL

- List do posłów do Parlamentu Europejskiego – podziękowanie za podjęcie decyzji i dalsze poparcie dla stanowiska środowisk medycznych w sprawie propozycji poprawek do projektu nowelizacji Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dot. niektórych aspektów organizacji czasu pracy.
- Udział w Uroczystej Sesji Naukowej z okazji Światowego Dnia Chorego „By nie zostali sami” w Warszawie.
- Udział w posiedzeniu Komisji Zdrowia Sejmu dot. rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

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

REKLAMA

REKLAMA

Nagrody naukowe PTL

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego uprzejmie informuje, że poczynając od 2009 r. przyznawane będą nagrody naukowe PTL fundowane przez pana Aleksandra Gudzwatego, za prace naukowe młodych lekarzy, członków PTL, zamieszczane w czasopiśmie PTL: „Przegląd Lekarski”, „Wiadomości Lekarskie”, „Polski Merkuriusz Lekarski”. Prace (zamieszczane w okresie roku akademickiego od 1 października do 30 września następnego roku) oceniać będzie komisja w składzie: redaktor naczelny „Przeglądu Lekarskiego” prof. dr hab. Władysław Sułowicz, redaktor naczelny „Wiadomości Lekarskich” prof. dr hab. Władysław Pierzchała, redaktor naczelny „Polskiego Merkuriusza Lekarskiego” prof. dr hab. Tadeusz Płusa, członek Prezydium ZG PTL dr Krystyna Podgórska, wiceprezes ZG PTL prof. dr hab. med. Jerzy Polański, konsultant ds. naukowych ZG PTL prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko, prezes ZG PTL prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski.

Wysokość nagród: I nagroda 5000 zł, II nagroda 3000 zł, III nagroda 2000 zł.

Uroczyste wręczenie nagród będzie się odbywać w czasie Dnia PTL (przedostatni piątek października każdego roku) w Pałacu na Wodzie w Łazienkach Królewskich w Warszawie, w czasie wręczania Medalu „Gloria Medicinæ” i wyróżnień PTL.

Prezydium ZG PTL

Śnieżnobiały uśmiech

Anna Lella, Kazimierz Bryndal

Wybielanie zębów należy do najbardziej powszechnych zabiegów spośród minimalnie inwazyjnych procedur stomatologicznych.

Zabieg ten, uważany przez pacjentów za kosmetyczny, jest tylko pozornie zabiegiem prostym, a jego powodzenie zależy od wielu czynników, przede wszystkim od wnikliwości i staranności lekarza.

Ważne jest, by lekarz stomatolog przed podjęciem leczenia określił przyczynę przebarwienia zębów oraz szanse na powodzenie zabiegu.

Nieodzwonne jest również, przed przystąpieniem do zabiegu, zwrócenie uwagi na ewentualne zmiany patologiczne w jamie ustnej pacjenta i w związku z tym zastosowanie najlepszej i możliwie najbezpieczniejszej w danym przypadku metody. Zawsze należy uprzedzić pacjenta o możliwych niepowodzeniach. Jeżeli natomiast lekarz stomatolog stwierdzi występowanie wczesnych lub oddalonych w czasie powikłań po wybielaniu zębów (np. nadwrażliwość zębów albo podrażnienia w jamie ustnej), po jego stronie leży konieczność objęcia tych pacjentów dodatkową opieką, udzielenia pomocy i właściwych porad.

Z tej przyczyny większość odpowiednich władz w państwach członkowskich Unii Europejskiej zalicza zabieg wybielania do zakresu działalności lekarzy stomatologów.

Na pozór oczywiste, a jednak historia europejskich debat w tej sprawie jest długa.

Już na początku 1970 r. kraje członkowskie Unii Europejskiej zdecydowały o potrzebie ujednolicenia przepisów odnoszących się do obrotu produktami kosmetycznymi i wolnego dostępu do nich. W rezultacie, po licznych debatach, latem 1976 r. uchwalono „*Council Directive 76/768/EEC*”.

Kolejne zmiany, wprowadzane w latach osiemdziesiątych i w roku 1992, dotyczyły m.in. produktów do higieny jamy ustnej.

W 2006 r. Komisja Europejska przygotowała się do przyjęcia poprawek we wspomnianej dyrektywie dotyczącej kosmetyków (76/768); poprawki miały spowodować, że zakup środków do wybielania zębów, w których zawartość nadtlenu wodoru nie przekracza 6% będzie możliwy bez recepty lekarskiej we wszystkich krajach unijnych.

Zmiana była wynikiem decyzji Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich z marca 2005 r. W kontekście tej zmiany Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (Council of European Dentists-CED) uznała za niezbędne podjęcie współpracy z Komitetem w celu opracowania systemu monitorowania niepożą-

danych skutków powstałych u pacjentów stosujących środki wybielające.

Powołana w maju 2006 r. Grupa Robocza CED ds. wybielania zębów obradowała nad uregulowaniem tej kwestii. Członkowie CED w ankiecie przeprowadzonej w lutym 2006 r. opowiedzieli się za tym, by silne środki wybielające zęby były sprzedawane na receptę. Swoje stanowisko, poparte opinią autorytetów, złożono przed Komisją Europejską i zaproponowano odpowiednie regulacje. Komisja Europejska podtrzymała jednak swoje przekonanie, że środki do wybielania zębów powinny być wprowadzane do obrotu jako produkty kosmetyczne. Rozmowy przedstawicieli Council of European Dentists z Komisją Europejską na ten temat trwają.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) podkreśla potrzebę regulacji dostępności produktów wybielających zęby w krajach Unii Europejskiej na podstawie końcowej opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich z grudnia 2007 r. dotyczącej stosowania nadtlenu wodoru w produktach wybielających zęby. CED uważa, że taka regulacja jest w interesie bezpieczeństwa pacjentów, wyraża zaniepokojenie przedłużającą się zwłoką i wzywa wszystkie zaangażowane strony do jak

Rezolucja Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) w sprawie wdrożenia opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich (SCCP) nt. produktów wybielających zęby.

W maju 2007 r. w rezolucji dotyczącej produktów wybielających zęby Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) poparła opinię Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich (SCCP) z 2005 r., że produkty zawierające między 0,1 i 6% nadtlenu wodoru (H_2O_2) nie są bezpieczne i nie powinny być sprzedawane bez recepty.

Natomiast można je bezpiecznie stosować za zgodą i pod kontrolą lekarza stomatologa.

CED z zadowoleniem przyjęła decyzję Komisji Europejskiej o uznaniu opinii SCCP i wniosek do SCCP o przedstawienie ostatecznej opinii w tej sprawie.

W swej opinii z grudnia 2007 r. SCCP stwierdził, że ryzyko związane z użyciem produktów wybielających zęby zawierających między 0,1 i 6% H_2O_2 powiększa się wraz ze wzrostem stężenia i częstotliwości zastosowania oraz że nie można przewidzieć skutków ubocznych przedawkowania, jeśli produkty te byłyby w sposób nieograniczony i bezpośredni dostępne dla konsumentów. Potencjalne ryzyko mogłoby być zmniejszone, jeżeli produkty byłyby używane jedynie po badaniu lekarskim oraz jeśli częstotliwość i okres stosowania będą zmniejszone do minimum. Produkty wybielające zęby zawierające więcej niż 6% H_2O_2 nie zostały uznane za bezpieczne do stosowania przez konsumentów.

W tym kontekście CED:

- Uznaje potrzebę regulacji dostępności produktów wybielających zęby, na poziomie Unii Europejskiej na podstawie opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich z grudnia 2007 r.
- Uważa, że celem tej regulacji jest ochrona konsumenta przed możliwymi szkodliwymi skutkami ubocznymi dostępnych produktów wybielających zęby oraz umożliwienie dystrybucji pełnej gamy produktów wybielających zęby na odpowiedzialność stomatologów, zgodnie z zaleceniami naukowymi.
- Wyraża niepokój związany z opóźnieniem w przyjęciu opinii SCCP i nawołuje wszystkie zaangażowane strony, aby jak najszybciej znaleźć rozwiązania dla bezpieczeństwa pacjenta.
- Popiera intencję Komisji Europejskiej, aby znowelizować dyrektywę o kosmetykach zgodnie z końcową opinią SCCP (Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich).
- Zachęca Komisję Europejską do zaplanowania głosowania w sprawie poprawek do dyrektywy o kosmetykach przy najbliższej sposobności oraz zaleca państwom członkowskim podjęcie działań w celu uzyskania pozytywnej decyzji.

Przyjęto jednogłośnie na posiedzeniu ogólnym Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) 28 listopada 2008 r.

najszybszego osiągnięcia porozumienia w sprawie zgłoszonych przez Komisję Europejską propozycji poprawek do Dyrektywy o Kosmetykach.

Zrzeszenia stomatologiczne popierają opinię Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich, który uważa, że środki do wybielania zębów zawierające od 0,1 do 6% nadtlenu wodoru nie są wystarczająco bezpieczne, by dopuścić je do wolnej sprzedaży. Przy stosowaniu tych produktów niezbędna jest kontrola lekarza dentysty.

Rada Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) wspiera postanowienie Komisji Europejskiej o niezakwalifikowaniu środków do wybielania zębów zawierających od 0,1 do 6% H_2O_2 jako ogólnodostępnych. Komitet Naukowy ds. Produktów

Konsumenckich (Scientific Committee on Consumer Products-SCCP) podziela to zdanie. Wszystkie produkty zawierające mniejsze stężenie muszą mieścić się w ściśle określonych ramach.

Z informacji przekazanych przez CED wynika, że Polska (strona rządowa) była jednym z pięciu państw, które zgłaszały sprzeciw wobec projektu komisji.

Komisja Europejska zaplanowała na najbliższe posiedzenie Stałego Komitetu ds. Kosmetyków w połowie lutego br. dyskusję w sprawie opinii Komitetu Naukowego ds. Produktów Konsumenckich nt. produktów wybielających zęby. Komisja planuje przedstawić nową kompromisową wersję propozycji, wstępnie ją omówić, a następnie zaplanować głosowanie w drodze pisemnej.

REKLAMA

REKLAMA

Terapia uporczywa



Romuald Krajewski

Powstanie projektu ustawy bioetycznej opracowanego przez komisję posła Gowina wywołało bardzo ożywioną dyskusję również na temat terapii medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia.

Zagadnienia te są niezwykle ważne i aktualne we współczesnej medycynie, dysponującej ogromnymi możliwościami przedłużania życia i niezliczonymi propozycjami terapii, które z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem mogą dawać szanse na wyleczenie albo na zmniejszenie uciążliwych objawów w każdym etapie choroby. Zanim rozpoczęła się wielka dyskusja ogólnokrajowa, Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki UKSW zajęło się jednym z problemów związanych z „Granicami terapii medycznych” – próbą zdefiniowania terapii uporczywej. Działając na zasadzie konsensusu w dużym zespole doświadczonych lekarzy i etyków grupa (nazwana Grupą Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia) opracowała krótką definicję oraz komentarz będący przede wszystkim podsumowaniem obecnego stanu przepisów. Sądziłmy, że takie doprecyzowanie powszechnie używanego terminu ułatwi zastosowanie go w praktyce i może być dobrym początkiem dyskusji. Kiedy jednak wypracowana przez Grupę definicja pojawiła się w projekcie ustawy, dyskusja nabrała zupełnie nowego wymiaru i włączyło się do niej również Polskie Towarzystwo Bioetyczne. W najbliższych numerach „Gazety Lekarskiej” przedstawimy w skrócie wypowiedzi w ramach dyskusji prowadzonej przez PTB. Zaczniemy od trochę skróconego tekstu omawiającego pracę Grupy Roboczej, aby zachować chronologię. Ten tekst był jednym z dwóch otwierających dyskusję PTB. Drugi zamieścimy w następnym numerze.

Definicja

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Komentarz

Termin „uporczywa terapia” jest używany w Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 32) i w licznych dokumentach dotyczących zagadnień związanych z umieraniem. Dokumenty te nie czynią ścisłego rozróżnienia pomiędzy różnymi określeniami podobnej sytuacji terapeutycznej. Używa się więc również terminów terapia „nieproporcjonalna”, „nadmierna”, „zbyt teczna”, „daremna” i podobnych.

Termin „uporczywa terapia” nie jest używany w obowiązujących w Polsce przepisach prawnych. Uznanie terapii za „uporczywą” nie oznacza więc obowiązku odstąpienia od niej ani nie zwalnia od innych obowiązków określonych prawem. Jednak ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 4 wskazuje, że wykonywanie zawodu musi być zgodne z zasadami etyki zawodowej. Wobec tego przepis art. 32 KEL należy uwzględnić przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Jest to jeden z niewielu przepisów, które określają autonomię lekarzy. W aspekcie oceny etycznej postępowania zwalnia on lekarzy z obowiązku stosowania terapii uporczywej i środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych oraz podkreśla, że decyzja w tej sprawie należy do lekarza i powinna zależeć od oceny szans leczniczych.

Taki stan przepisów wskazuje, że decyzje dotyczące uporczywej terapii, jak wiele decyzji medycznych, należy oprzeć na ogólnie obowiązujących zasadach. Opracowanie definicji uporczywej terapii jest krokiem w kierunku bardziej szczegółowego określenia, na czym „uporczywa” terapia polega i może być punktem wyjścia do określania zaleceń, wytycznych czy standardów postępowania w takich sytuacjach, a także podstawą do wprowadzania regulacji prawnych.

Definicja zaproponowana przez Grupę Roboczą ogranicza zastosowanie termi-

nu „uporczywa” do okresu „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”. Jako „umieranie” należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan chorego ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie. Za osobę „nieuleczalnie” chorą uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby, albo taka terapia nie istnieje.

Chociaż znacznie bardziej precyzyjna niż sam termin „uporczywa terapia”, definicja pozostawia sporo wątpliwości i niejasności, które nadal w konkretnych sytuacjach muszą być rozstrzygane przez leczonych i leczących. Zwraca uwagę ograniczenie czasu, do którego „uporczywa terapia” może się odnosić. Przyjmując takie ograniczenie unika się bardzo trudnych dyskusji o możliwym przyspieszaniu śmierci. Stwierdzenie, że osoba nieuleczalnie chora jest w okresie „umierania” wskazuje, że zabiegi podtrzymujące życie jedynie przedłużałyby umieranie.

Zarówno po stronie pacjentów, jak i po stronie świadczeniodawców istnieją ważne powody, dla których terapii uporczywej nie należy stosować. Jednak w obliczu trudnych problemów etycznych z bardzo ogólnie i niejednoznacznie określonymi zasadami postępowania, jak ma to miejsce w przypadku terapii uporczywej, zachowanie polegające na unikaniu dyskusji i niepodjęciu decyzji jest bardzo częste i racjonalne. Prawdopodobieństwo problemów, zarzutów i roszczeń z powodu kontynuowania terapii jest nieporównanie mniejsze niż z powodu odmowy lub zaprzestania.

W każdej sytuacji medycznej uczestniczą przynajmniej pacjent i leczący. Każdy z uczestników ma prawa i obowiązki. W przypadku decyzji o nie-

podejmowaniu lub zaprzestaniu terapii uporczywej szczególne znaczenie będzie miała autonomia uczestników i wynikające z niej prawa. Zaniedbywanie praw, narzucanie woli i obowiązków będą powodem nieporozumień, zarzutów, roszczeń i unikania problemu.

Zastosowanie definicji terapii uporczywej w praktyce składa się z dwóch etapów. Pierwszym jest decyzja o uznaniu terapii za uporczywą, która należy do lekarza lub zespołu leczącego. Przyjęta definicja terapii uporczywej może ułatwić podjęcie takiej decyzji. Jeżeli to możliwe, należy korzystać z istniejących wskazówek, wytycznych i standardów w celu stwierdzenia spełnienia wymienionych w definicji kryteriów i podejmować decyzję zespołowo. Drugim etapem jest podjęcie decyzji o odstąpieniu od stosowania terapii uznanej za uporczywą.

Art. 32 i 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowią, że każde działanie diagnostyczne i lecznicze wymaga zgody pacjenta, co oznacza również, że wyrażony przez pacjenta brak zgody (niezgoda, sprzeciw) na jakiegokolwiek elementy leczenia lub leczenie w ogóle, skutkuje dla lekarza obowiązkiem niewykonywania tego leczenia. Obowiązek ten nie jest uzależniony od oceny wartości i celowości terapii przez lekarza, terapia nie musi być uznana przez lekarzy za niecelową, bezwartościową lub uporczywą, aby pacjent mógł jej odmówić. Art. 33 i 35 ustawy wskazują, że decyzja o zastosowaniu albo niezastosowaniu określonej terapii należy jednak do lekarza wówczas, gdy istnieje konieczność niezwłocznego działania, wola chorego (lub jego przedstawiciela) jest nieznana i nie ma możliwości uzyskania zgody bez opóźnienia niezbędnych działań leczniczych.

W praktyce medycznej zdarzają się na co dzień sytuacje, w których odstępuje się od leczenia bez rozstrzygania o jego „uporczywości”. Jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel zechce skorzystać z prawa do odmowy leczenia, może zdecydować o rezygnacji z każdej formy terapii i uznawanie terapii za uporczywą nie jest konieczne. Lekarze uznają wiele terapii za niecelowe lub bezwartościowe w konkretnej sytuacji, nie informując o nich pacjentów i nie zalecая ich. Uznanie terapii za uporczywą, a więc w sposób szczególnie niecelową, może stanowić dodatkowy argument, jeżeli sprawa określonej terapii jest omawiana. Ułatwia to pacjentowi podjęcie decyzji

oraz zachowanie pełnego porozumienia i współpracy, co jest ważne, jeżeli mimo odmowy zgody na określone procedury leczenie lub opieka są kontynuowane. Leczący mają znacznie większe kompetencje do oceny sytuacji pacjenta i wartości metod leczniczych, a leczeni polegają na tych ocenach. Niewłaściwe więc byłoby przerzucanie wszystkich decyzji w sprawie terapii uporczywej na pacjentów.

Art. 38 i 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określają prawa leczących do odmowy zastosowania terapii. O ile pacjent nie ma obowiązku uzasadnić odmowy leczenia, to lekarze muszą odmowę uzasadnić i wskazać pacjentowi, gdzie mógłby uzyskać pomoc lub przynajmniej opinię innego lekarza. Na możliwość odmowy zastosowania terapii w przypadku lekarzy mają wpływ także obowiązki wynikające z zatrudnienia.

Niezależnie od przyjętych podstaw do odstąpienia od terapii (brak zgody pacjenta, niecelowość i bezzasadność terapii, uporczywość terapii) należy zawsze dążyć do uzgodnienia stanowisk pacjenta i lekarza poprzez przekazanie pełnej informacji o chorobie i o możliwościach leczenia, ewentualnie zasięgnięcie opinii innych lekarzy, dostosowanie sposobu postępowania do oczekiwań i do możliwości. Jeżeli uzgodnienie okaże się niemożliwe, należy jasno określić na czym polega różnica i jakie są możliwe sposoby postępowania. Decyzja pacjenta o odstąpieniu od terapii może być kwestionowana tylko w wyjątkowych okolicznościach (przede wszystkim w stanach ograniczających zdolność do podejmowania decyzji). Decyzja lekarza o odstąpieniu od terapii, której domaga się pacjent, wymaga uzasadnienia, które powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej i powinna, o ile to możliwe, być podejmowana zespołowo, po zasięgnięciu konsultacji prawnej i etycznej.

Chociaż ani prawo, ani Kodeks Etyki Lekarskiej nie nakładają obowiązku niestosowania terapii uporczywej, zgodnie z definicją nie jest ona działaniem służącym dobru chorego w określonych warunkach. Lekarze mający do czynienia z chorym umierającym powinni szczególnie zwracać uwagę na to, by nie prowadzić terapii bezskutecznej, bezwartościowej (art. 57 Kodeksu) lub uporczywej.

Powyższy komentarz odnosi się do obecnie obowiązującego stanu przepisów. Pozostawiają one w sprawie

terapii uporczywej wiele niejasności i powodują, iż rzadko używa się tego terminu. Częściej leczący ograniczają zakres świadczeń w terminalnym okresie chorób na podstawie oceny przydatności medycznej. Dyskusję podejmuje się wówczas, gdy pacjent żąda zastosowania albo zaprzestania określonej terapii. Postępowanie takie jest niezadowolające, ponieważ w wielu sytuacjach podejmowane decyzje nie są ujawniane pacjentom, a jednocześnie stosuje się w mniej lub bardziej ograniczonym zakresie leczenie, które poza poczuciem „bycia leczonym” nie może dać pacjentowi korzyści.

Powody do zmiany obecnej sytuacji wynikają z istotnych interesów pacjentów. Najważniejsze jest przestrzeganie i ochrona autonomii, wyrażającej się w omawianej sytuacji w prawie do odmowy leczenia oraz w prawie do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i o możliwych sposobach leczenia. Należy tu również prawo do umierania w godnych warunkach, które może być realizowane tylko wówczas, gdy chory posiada wystarczające informacje o swojej sytuacji i może samodzielnie decydować o miejscu, warunkach i zakresie prowadzonej terapii. Również w interesie pacjentów jest niewdrażanie i niekontynuowanie uporczywej terapii przez leczących, ponieważ z definicji przeznaczane na nią środki pacjentów są wydawane niepotrzebnie, nie poprawiają sytuacji leczonych, a pogarszają sytuację licznych potrzebujących, gdyż terapie stosowane u schyłku życia są zwykle bardzo kosztowne.

O „terapii uporczywej” powinno się mówić zarówno w kontekście codziennych decyzji terapeutycznych, jak i w kontekście proponowanych zmian w przepisach prawa. Regulacje bardziej jednoznaczne niż obecnie obowiązujące powinny ułatwić pacjentom korzystanie z przysługujących im praw, zwłaszcza z prawa do autonomii i godnego umierania oraz jednocześnie umożliwić lecącym zachowanie autonomii i dostarczyć dokładniej określonych zasad postępowania. Muszą też uwzględniać zasadę, że właściwe postępowanie także w przypadku chorych umierających powinno być wynikiem równowagi pomiędzy prawami i obowiązkami leczonych i leczących. Brak takiej równowagi spowoduje brak zaufania, unikanie dyskusji oraz decyzji o zaniechaniu terapii uporczywych i w efekcie będzie szkodliwy dla pacjentów.

Złowrogie cienie farmakoterapii

Najczęstszym medycznym działaniem podejmowanym na co dzień przez większość lekarzy jest oczywiście wypisywanie recept! Czynność, choć wydawałoby się banalnie prosta, to jednak wbrew powszechnym opiniom jest sztuką, której właściwe wykonywanie wymaga nie tylko ogromnej wiedzy, ale często i wieloletniego doświadczenia.

Przepisywanie niewłaściwych dawek, nieprawidłowe łączenie leków, stosowanie zbyt wielu preparatów oraz nieuwzględnianie przeciwwskazań, to, niestety, najczęściej popełniane przez medyków grzechy. Niestosowanie się do zaleceń lekarskich i terapeutyczna samowola, to z kolei powszechne grzechy pacjentów. Grzech nie do końca przemyślanej farmakoterapii obciąża sumienia zarówno lekarzy, jak i chorych, często oddalając nadzieję na terapeutyczny sukces...

Problem polipragmazji powinien być rozpatrywany na co najmniej dwóch płaszczyznach. Pierwszą stanowią skutki zdrowotne, drugą zaś aspekty ekonomiczno-financeowe niewłaściwej ordynacji leków. Polski pacjent pod względem ilości przyjmowanych leków plasuje się na niechlubnym drugim miejscu w Europie. Każdego roku wzrasta liczba powikłań będących następstwem błędnie stosowanej farmakoterapii. Problem nieprzemyślanej polipragmazji dotyczy głównie osób po 60 r. ż. Równoczesne stosowanie wielu leków istotnie zwiększa częstość hospitalizacji i wskaźnik śmiertelności. Według „JAMA” tylko w samych Stanach Zjednoczonych, z powodu niepożądanych działań środków farmaceutycznych, umiera rocznie ok. 140 tys. osób!

Niebezpieczeństwo farmakoterapii wynika z możliwości wystąpienia działań ubocznych stosowanych leków i ryzyka działań niepożądanych, będących wynikiem interakcji zachodzących pomiędzy przyjmowanymi preparatami. Według „Drug Actions, Interactions, Reactions” niekorzystne działanie stosowanych w terapii preparatów może dotyczyć nawet do 40% wszystkich leczonych pacjentów. Groźne powikłania wywołane przyjmowaniem leków mogą występować u ok. 6-7% chorych. Jak się okazuje przyczyną co czwartej wizyty w amerykańskich izbach przyjęć są problemy związane z niewłaściwie prowadzoną farmakoterapią, a ok. 7% wszystkich przyjęć na oddziały szpitalne stanowią hospitalizacje związane z efektami ubocznymi leków. W przypadku osób starszych odsetek osób hospitalizowanych z po-

wodu nieprawidłowo stosowanej terapii sięga nawet 30%. Jaką skalę ma problem interakcji zachodzących pomiędzy stosowanymi lekami?

Jak szacują badacze odsetek pacjentów, który trafia do szpitali z powodu groźnych interakcji lekowych wynosi od 1 do 4%. Według różnych źródeł ryzyko wystąpienia interakcji w przypadku równoczesnego stosowania co najmniej dwóch leków wynosi od 2 do aż 42% w zależności od stosowanych preparatów i indywidualnej wrażliwości pacjenta.

Według „Archives of Internal Medicine” średnia liczba przyjmowanych w ciągu dnia leków przez pacjentów z częstym schorzeniem, jakim jest niewydolność krążenia, to 7,5. Obok preparatów wykorzystywanych w leczeniu choroby zasadniczej aż 40% ordynowanych farmaceutyków stanowią środki stosowane w leczeniu chorób współistniejących.

Niedoceniany problem stanowi coraz większa dostępność leków z grupy OTC i związana z nią popularyzacja samoleczenia. Rocznie w samej tylko Wielkiej Brytanii notuje się ok. 25 przypadków zgonów z powodu przedawkowania popularnego i dostępnego bez recepty paracetamolu. Przypadki niewydolności nerek i wątroby w wyniku nierozsądnego stosowania tego preparatu można liczyć w tysiącach. Choć nikt takich statystyk w Polsce nie prowadzi, problem może dotyczyć jeszcze większej liczby osób.

Według „Pharmacoepidemiology” wydatki związane z leczeniem następstw działań niepożądanych leków stanowią od 5,5% do 17% wszystkich środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. W Stanach Zjednoczonych jeszcze dziesięć lat temu szacowano je na bagatela 30-130 mld dolarów rocznie! Według autorów artykułu opublikowanego niedawno na łamach „JAMA” niepożądane działania leków stosowanych w czasie hospitalizacji niosą ze sobą średni wzrost kosztów leczenia pacjenta aż o 2262 dolary. Są również przyczyną wydłużenia przeciętnej hospitalizacji o prawie 2 dni. Do występujących najczęściej działań niepożądanych, które mogą istotnie wydłużać czas hospitalizacji, badacze zaliczyli: gorączkę, krwawienia, biegunkę

oraz zaburzenia rytmu serca. Wśród leków o najwyższym potencjale wywoływania niebezpiecznych interakcji (a co za tym idzie działań niepożądanych) wymienili leki stosowane w anestezjologii, środki przeciwwkrzepliwe, leki stosowane w leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, doustne leki przeciwcukrzycowe, NLPZ, leki hipolipemizujące, teofilinę, leki psychotropowe i przeciwpadaczkowe oraz środki stosowane w chemioterapii.

Farmakoterapia i jej niepożądane konsekwencje nie muszą być jedynie odpowiedzialnością na chorobę. W 1997 r. w „British Medical Journal” opublikowano artykuł, w którym opisano zjawisko nazwane kaskadą przepisywania leków (the prescribing cascade). Polega ono na tym, że działania niepożądane farmakoterapii rozpoznawane są jako jednostka chorobowa, którą leczy się aplikując kolejny lek. Przepisywanie leków hipotensyjnych osobom, u których stwierdzono podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, będące w rzeczywistości jedynie efektem przyjmowania leków z grupy NLPZ, stanowi jeden z przykładów omawianego zjawiska. Podobnie jak rozpoczęcie terapii dny moczanowej u pacjentów z hiperurykemią, będącą efektem leczenia diuretykami tiazydowymi.

W literaturze często można spotkać opisy przypadków błędnego rozpoznawania choroby Parkinsona wśród osób długotrwale stosujących metoclopramid. W jednej z prac opisywano aż trzykrotnie częstsze ordynowanie leków stosowanych w leczeniu tej choroby osobom, które z przyczyn gastrologicznych stosowały lek prokinetyczny. Lekarze nie wiedzieli, że objawy takie jak np. spowolnienie ruchów, drżenia, maskowatość twarzy, sztywność oraz opóźniona dyskineza czy mimowolne ruchy języka, twarzy, ust lub żuchwy nie były objawami choroby Parkinsona, lecz jedynie działaniami niepożądanymi stosowanego przewlekłe metoclopramidu. Przykłady można by, niestety, mnożyć...

Marek Derkacz
marekderkacz@interia.pl

„Medicus” 1-2/2009

Nowe nie znaczy lepsze

Prawo farmaceutyczne dopuszcza reklamę produktów leczniczych, która ma na celu zwiększenie zysków związanych z obrotem tymi produktami (art. 52 Ustawy Prawo Farmaceutyczne z 6.09.2001 r., tj. Dz. U. 2008 r., nr 45, poz. 271 – dalej PF).

Reklama produktów leczniczych może być realizowana w jednej z wymienionych niżej form (art. 52 ust. 2 pkt. 1-6 PF): reklama produktu leczniczego kierowana do publicznej wiadomości, reklama produktu leczniczego kierowana do profesjonalistów, kontakty przedstawicieli handlowych lub medycznych z osobami uprawnionymi do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi, dostarczanie próbek produktów leczniczych, sponsorowanie spotkań promocyjnych, zjazdów i kongresów naukowych dla profesjonalistów. Najwięcej kontrowersji budzi podejmowanie działań marketingowych polegających na sponsorowaniu spotkań naukowych, bezpośrednich kontaktach przedstawicieli medycznych lub handlowych z profesjonalistami oraz reklamie produktów leczniczych w gabinetach lekarskich.

Uwaga! Przez pojęcie specjalisty należy rozumieć osoby, które uprawnione są do wystawiania recept lub zajmują się obrotem produktów leczniczych na podstawie ustawowych uprawnień.

Sponsorowanie spotkań, konferencji i zjazdów naukowych

Zgodnie z art. 52 ust. 2 pkt. 5-6 PF sponsorowanie spotkań promocyjnych dla osób upoważnionych do wystawiania recept, a także sponsorowanie konferencji, zjazdów i kongresów naukowych dla osób upoważnionych do wystawiania recept jest dopuszczalną formą reklamy produktów leczniczych, która może być stosowana przez firmy farmaceutyczne w celu zachęcenia do stosowania produktu leczniczego, zwiększenia liczby przepisywanych recept, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych.

Uwaga! Działania podjęte w tym zakresie przez firmę farmaceutycz-

ną nie mogą przekroczyć zakresu „zwykłej gościnności”. Gościnność oferowana w związku ze spotkaniami promocyjnymi powinna mieć zawsze uzasadnione rozmiary i znaczenie drugorzędne względem głównego celu spotkania oraz nie powinna dotyczyć osób spoza środowiska medycznego. Zapraszając lekarza na konferencję firma farmaceutyczna musi zachować właściwe proporcje między merytoryczną a rozrywkową częścią spotkania.

Mając na uwadze przedstawioną definicję należy stwierdzić, że za przekroczenie przejawów zwykłej gościnności może zostać uznane np.: zaproszenie na konferencję naukową lekarza wraz z osobą towarzyszącą, zaproszenie lekarza na konferencję naukową wraz z pokryciem opłaty za dodatkowe atrakcje w miejscu, gdzie odbywa się spotkanie naukowe.

Przekroczeniem przejawów zwykłej gościnności nie będą natomiast niżej wymienione działania firm farmaceutycznych:

- sponsorowanie wszelkich spotkań o charakterze naukowo-szkoleniowym (konferencje, warsztaty, szkolenia), a także spotkań promocyjnych. Należy podkreślić, że wszelkie spotkania o charakterze naukowo-szkoleniowym i spotkania promocyjne powinny być organizowane w miejscu, które jest odpowiednie dla głównego celu spotkania. Oznacza to, że niedopuszczalne jest zorganizowanie spotkania promocyjnego (a tym bardziej spotkania o charakterze naukowo-szkoleniowym) np. w formie pikniku dla lekarzy i członków ich rodzin. Wynika to m.in. z faktu, że przejawy gościnności muszą być zawsze skierowane wyłącznie do osób, które są uczestnikami danego spotkania. Wyklucza to możliwość zapraszania

na spotkania promocyjne i naukowo-szkoleniowe osób towarzyszących,

- zaproszenie lekarza na konferencję, zjazd lub warsztaty, które odbywają się za granicą. Warto podkreślić, że merytoryczna strona spotkania musi jednak mieć nadrzędne znaczenie w stosunku do socjalnej strony pobytu lekarza za granicą. Pokrycie przez firmę farmaceutyczną kosztów transportu i zakwaterowania w trakcie konferencji naukowych i innych tego typu spotkań wynika ze specyficznego charakteru wydarzenia i stanowi dopuszczalne działanie marketingowe firmy farmaceutycznej.

Kontakty lekarza z przedstawicielami medycznymi i handlowymi

Reklama polegająca na bezpośrednich kontaktach lekarza z przedstawicielami medycznymi została uregulowana przez rozporządzenie w sprawie reklamy produktów leczniczych z 21.11.2008 r., Dz. U. 2008 r., nr 210, poz. 1327 – dalej RWRPL, które weszło w życie 1.01.2009 r.

Uwaga! Przepisy dotyczące składania wizyt przedstawicieli medycznych, które mają na celu reklamę produktu leczniczego, obowiązują od 1.12.2008 r.

Należy podkreślić, że regulacje RWRPL odnoszą się zarówno do lekarzy zatrudnionych w ramach publicznych lub niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej lub w innych jednostkach służby zdrowia, jak i lekarzy wykonujących zawód w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

W myśl §13 ust. 1 RWRPL przedstawiciele medyczni mogą odwiedzać osoby uprawnione do wystawiania recept w celu reklamowania produktu leczniczego, jeżeli zostaną spełnione niżej wymienione warunki:

- wizyta przedstawiciela medycznego mająca cel marketingowy nie może utrudniać prowadzenia działalności przez osoby uprawnione do wystawiania recept. Należy podkreślić, że RWRPL odnosi się do działalności polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i wszelkich czynnościach związanych z udzielaniem tego rodzaju świadczeń przez osoby wykonujące zawód lekarza lub lekarza dentystry,
- termin spotkania musi zostać uzgodniony wcześniej,
- spotkanie z przedstawicielem medycznym może odbyć się wyłącznie poza godzinami pracy lekarza (§13 ust. 2 RWRPL). Oznacza to, że spotkanie nie może odbywać się w miejscu zatrudniania (np. w poradni, na oddziale szpitalnym lub innym miejscu, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych). Do 1.12.2008 r. lekarz mógł spotykać się z przedstawicielami medycznymi lub handlowymi w dowolnym dla siebie czasie, również w trakcie przyjmowania pacjentów,
- przed złożeniem wizyty mającej na celu reklamę produktu leczniczego przedstawiciel medyczny musi uzyskać zgodę kierownika zakładu opieki zdrowotnej lub innej jednostki służby zdrowia (§13 ust. 3 RWRPL),
- w przypadku lekarzy prowadzących indywidualną, indywidualną specjalistyczną lub grupową praktykę lekarską, przed złożeniem wizyty mającej na celu reklamę produktu leczniczego, przedstawiciel medyczny musi uzyskać zgodę od lekarza wykonującego zawód w ramach tej praktyki (§13 ust. 3 RWRPL).

Reklama produktów leczniczych w gabinetach lekarskich

Reklama w poczekalniach, prywatnych gabinetach lekarskich, zakładach opieki zdrowotnej (np. standy, plakaty, kalendarze, ulotki reklamowe) jest rodzajem reklamy publicznej kierowanej do ogółu społeczeństwa.

Zakres reklamy nie jest jednak w tym przypadku nieograniczony.

Uwaga! Niedopuszczalne jest reklamowanie w gabinetach lekarskich produktów leczniczych, które są dostępne wyłącznie na receptę. Reklama publiczna w zakładach opieki zdrowot-

nej może być rozmieszczana jedynie w poczekalniach dla pacjentów (§11 ust. 1-3 RWRPL).

Reklama kierowana do wiadomości publicznej nie może sugerować, że:

- w związku z zastosowaniem reklamowanego produktu możliwe będzie uniknięcie kolejnej wizyty lekarskiej,
- w związku z zastosowaniem reklamowanego produktu możliwe będzie uniknięcie zabiegu operacyjnego,
- w związku z zastosowaniem reklamowanego produktu nastąpi natychmiastowa i pewna poprawa stanu zdrowia,
- niezastosowanie reklamowanego produktu spowoduje pogorszenie się stanu zdrowia.

Uwaga! Odstępstwem od zakazu reklamowania produktów leczniczych dostępnych wyłącznie na receptę jest reklama szczepionek. Dotyczy to zarówno szczepień składających się na kalendarz szczepień (obowiązkowe szczepienia ochronne), jak i szczepień zalecanych. Reklama obowiązkowych szczepień ochronnych i szczepień zalecanych może zawierać informacje dotyczące pogorszenia się stanu zdrowia w związku z niezastosowaniem szczepionki przeciwko określonej chorobie. Zakres reklamy szczepionek wynika ze specyfiki reklamowanego produktu. Oczywiście jest bowiem, że nieszczepienie się np. przeciwko grypie może skutkować zwiększonym ryzykiem zachorowania.

Warto podkreślić, że reklama publiczna nie może być realizowana przez umieszczanie logo produktu dostępnego wyłącznie na receptę w materiałach reklamowych (np. ulotkach) dostępnych dla pacjentów np. w poczekalni gabinetu lekarskiego. Nie wyklucza to jednak umieszczenia przez firmę farmaceutyczną firmowego logo w materiałach przeznaczonych do wiadomości pacjentów.

Justyna Zajdel

Zakład Prawa Medycznego w Łodzi

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

Swego nie znacie



foto: Marek Stankiewicz

Prezentowane w niniejszym tekście sprawy związane z lekarzami seniorami dotyczą również naszych pacjentów rekrutujących się z innych grup zawodowych. Wielu zaś krytycznych uwag wygłaszanych pod naszym adresem można byłoby uniknąć, gdyby się znało niektóre przywileje podatników.

Krzysztof Tuszyński

Wielu obywateli-pacjentów posiada specjalne uprawnienia do różnych ulg i przywilejów podatkowych, o czym nie wiedzą, a więc i nie korzystają z nich. Uprawnienia te dotyczą głównie rencistów i osób niepełnosprawnych. Szczególnie interesują mnie dwie grupy ulg i przywilejów mających bezpośredni wpływ na poziom świad-

medycznej, jej kontynuację, intensyfikację oraz na leczniczą i społeczną rehabilitację w wyspecjalizowanych instytucjach. Krąg osób uprawnionych do ulg i zniżek będę charakteryzować według stopnia niepełnosprawności. W art. 3 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych mamy wymienione trzy stopnie niepełnosprawności:

Tak więc nasz pacjent posiadający taki dokument ma prawo do ulg. Nieco inna jest sytuacja emeryta, który choruje, ale nie ma ustalonego stopnia niepełnosprawności ani nie ma renty. Często taka sytuacja występuje również w naszych rodzinach. Co należy uczynić? W sytuacji chorego emeryta trzeba wystąpić do ZUS-u z wnioskiem o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego do pobieranej emerytury.

Jest inny wariant proceduralny, a mianowicie wystąpienie do Powiatowego/Miejskiego Zespołu Orzekającego o Stopniu Niepełnosprawności o orzeczenie tegoż stopnia.

Na jakie ulgi podatkowe może liczyć osoba posiadająca stosowny dokument? Są to ulgi pt. „Wydatki na cele rehabilitacyjne”, które są odliczane od dochodu, tzn. od uzyskanego dochodu z pracy albo uzyskane od pobieranej renty. Przedstawiam je poniżej.

Wydatki na cele rehabilitacyjne i wydatki związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych, poniesione w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne, a przeznaczone na:

- adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,
- zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego,
- zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności,

Przykład zestawienia odliczeń od dochodu – wydatki na rehabilitację

1) adaptacja mieszkania (wg faktur VAT)	12 500 zł
2) wydatki poniesione w ciągu 6 m-cy na zakup leków (dowody poniesionych kosztów)	9300 zł (6 x 100 zł) = 8700 zł
3) wyjazdy do sanatorium (2 x) – rachunek lub faktura	3600 zł
4) dodatkowe zabiegi i koszty przejazdu do sanatorium	2950 zł
4) używanie własnego samochodu osobowego dla potrzeb zw. z przejazdem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne (bez dowodu)	2280 zł
5) opłata za przewodnika osoby I grupy inwalidz. z niepełnosprawnością narządu ruchu (bez dowodu)	2280 zł
do odliczenia razem:	32 310 zł

czonej opieki medycznej. Są to ulgi wynikające z kodeksu pracy i z ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Znaczenie ich jest bardzo duże, ponieważ określają głównie kwestię czasu, który może być poświęcony przez osobę niepełnosprawną na optymalizację opieki

- a) **znaczny** (odpowiada dawnej I grupie inwalidztwa lub obecnie niezdolność do samodzielnej egzystencji),
- b) **umiarkowany** (odpowiada dawnej II grupie inwalidztwa lub obecnie całkowitej niezdolności do pracy),
- c) **lekki** (odpowiada dawnej III grupie inwalidztwa lub obecnie częściowej niezdolności do pracy).

Przykłady wydatków z tytułu ulgi rehabilitacyjnej



- odpłatność za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym,
- odpłatność za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych
- odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne (np. pobyt w DPS),
- opłacenie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa – w kwocie nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- utrzymanie przez osoby niewidome I lub II grupy inwalidztwa psa przewodnika – w wysokości nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- opiekę pielęgniarską w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa,
- opłacenie tłumacza języka migowego,
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 r. ż.,
- leki – w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy faktycznie poniesionymi wydatkami w danym miesiącu a kwotą 100 zł, jeżeli lekarz stwierdził, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki stale lub czasowo,
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
 - osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego,
 - osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa oraz dzieci niepełnosprawnych do 16 r. ż. – również innymi środkami transportu niż karetką transportu sanitarnego,
- używanie samochodu osobowego stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16 r. ż., dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne – w wysokości nie przekraczającej w roku podatkowym 2280 zł,
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
 - na turnusie rehabilitacyjnym,
 - w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-lecz-

niczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
– na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25 r. ż.
Odliczeniu nie podlegają te z ww. wydatków, które zostały sfinansowane (dofinansowane) ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub ze środków NFZ, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo zostały zwrócone podatnikowi w jakiejkolwiek formie. Jeżeli wydatki były częściowo finansowane (dofinansowane) z tych funduszy (środków), odliczeniu podlega różnica pomiędzy poniesionymi wydatkami a kwotą sfinansowaną (dofinansowaną) z tych funduszy (środków) lub zwróconą w jakiejkolwiek formie.

Należy dodatkowo wyjaśnić, że:
• ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do I grupy inwalidztwa, trzeba przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono: całkowitą niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji albo znaczny stopień niepełnosprawności,
• ilekroć jest mowa o osobach zaliczonych do II grupy inwalidztwa, należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów; orzeczono: całkowitą niezdolność do pracy albo umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Podstawą do odliczenia tych wydatków jest posiadanie dowodu poniesienia wydatku. Warunkiem odliczenia wydatków jest posiadanie przez osobę niepełnosprawną dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność, a więc stosowanych orzeczeń, które uprzednio omówiłem.

Odliczenia od dochodu (wydatki na cele rehabilitacyjne) mogą być dokonywane w dwóch wariantach:

- a) osoba niepełnosprawna lub rencista odlicza wydatek rehabilitacyjny od własnego dochodu (np. od rocznej kwoty otrzymywanej renty),
- b) wydatek rehabilitacyjny osoby niepełnosprawnej **odlicza bogatszy członek rodziny – jeżeli na jego utrzymaniu pozostaje osoba niepełnosprawna, a roczny dochód osoby niepełnosprawnej nie przekracza 12-krotności kwoty najniższego wynagrodzenia** za pracę (w 2005 r. nie przekroczył 9800 zł).

Uprawnienia ww. przysługują następującym członkom rodziny, na których dokończenie na str. 28

Pneumonolodzy na Białorusi

Z perspektywy dnia dzisiejszego nie uświadamiamy sobie jak bardzo nasze dzieje związane są z dziejami Białorusinów. Wyprawa do Grodna na I polsko-białoruską konferencję pneumonologiczną ujawniła siłę tych więzi.

Przybyliśmy tam na zaproszenie Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, który powstał pod koniec XVIII w. Niestety, w okresie rozbiorów na długi czas jego działalność była zawieszona. Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP umożliwiło zorganizowanie tego spotkania w ramach programu Polskiej Pomocy realizowanego przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, z udziałem Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Konferencję otworzył prof. W. A. Snieżnickij, prorektor ds. nauki Grodzieńskiego Uniwersytetu Medycznego, który wyraził radość z organizacji tego dwustronnego spotkania. Prof. A. Doboszyńska z Warszawskiego Uniwersytetu

Medycznego przedstawiła obturacyjne zaburzenia wentylacji oraz diagnostykę różnicową astmy i POChP. T. M. Zielonka omówił problem restrykcyjnych zaburzeń wentylacji i przydatności badań czynnościowych w ich diagnostyce. W kolejnym doniesieniu dr E. H. Krotkowa, naczelný pneumonolog okręgu Grodzieńskiego zaprezentowała epidemiologię gruźlicy w tym regionie. W ostatnich latach znacznie wzrosła zapadalność na gruźlicę w Grodnie. Z kolei prof. N. F. Siljajewa, kierownik katedry patologii, przedstawiła przyczyny umieralności na choroby układu oddechowego, porównując zgony z powodów płucnych w szpitalu i w domu przed przybyciem

lekarza. Doc. P. Gutkowski z Centrum Zdrowia Dziecka omówił specyfikę wykonywania badań czynnościowych układu oddechowego u dzieci. Szczegółne zainteresowanie wzbudziło wykonywanie badań czynnościowych u noworodków oraz badania nadreaktywności oskrzeli, których nie wykonuje się w Grodnie. Dr H. Olekso z kliniki ftyzjatrii w Grodnie przygotowała wykład nt. zaburzeń czynnościowych układu oddechowego u chorych na gruźlicę. Duże zainteresowanie wzbudziło wystąpienie mgr. A. Dymka z Krakowa, który zaprezentował działanie nowoczesnych polskich spirometrów. Omówił praktyczne aspekty wykonywania i interpretowania

Warsztaty spirometryczne na Ukrainie

W ramach programu Polskiej Pomocy Ministerstwa Spraw Zagranicznych RP Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, wspólnie z Warszawsko-Otwockim oddziałem PTChP, zorganizował warsztaty spirometryczne w Czerniowcach na Ukrainie.

Czerniowce to miasto nad Prutem, stolica Bukowiny, krainy leżącej na styku wielu kultur (ukraińskiej, rumuńskiej, niemieckiej, polskiej i żydowskiej). Dzisiejszy wygląd liczącego 600 lat miasta ukształtował się w czasie panowania Habsburgów, dlatego bardziej przypomina Wiedeń niż Kijów. Konferencja zorganizowana została przez Bukowiński Uniwersytet Medyczny, mieszczący się w zabytkowej siedzibie metropolity Kościoła prawosławnego na Bukowinę i Dalmację. Przybyło na nią 200 lekarzy z całego

okręgu (z Tarnopola, Stanisławowa i Lwowa). Konferencję otworzył prorektor ds. nauki, który jako gospodarz przywitał przybyłych. Naczelný lekarz rodzinny okręgu Bukowiny podkreślił konieczność kształcenia podyplomowego lekarzy. Doc. J. Chorostowska-Wynimko, koordynator finansowanej przez MSZ współpracy polsko-ukraińskiej, powitała przybyłych w imieniu polskiej delegacji. Na zakończenie głos zabrał prof. W. Strutyński, prezes Towarzystwa Kultury Polskiej na Bukowinie.

Pierwsza sesja w całości poświęcona była badaniom czynnościowym układu oddechowego. Otworzył ją wykład prof. A. Doboszyńskiej nt. spirometrii i obturacji oskrzeli. T. M. Zielonka przedstawił restrykcyjny typ zaburzeń wentylacji i pletyzmograficzną metodę pomiaru całkowitej pojemności płuc. Doc. P. Gutkowski omówił próbę rozkurczową i testy prowokacyjne służące do wykrywania nadwrażliwości oskrzeli. W drugim wykładzie przedstawił specyfikę wykonywania spirometrii u dzieci. Sesję poświęconą problemom

badania spirometrycznego zgodnie z wytycznymi European Respiratory Society. Konferencję zamknął gospodarz spotkania doc. C. B. Wolf, kierownik katedry ftyzjatrii, który podsumował konferencję zwracając uwagę na praktyczne aspekty zaprezentowanych doniesień. Wyraził nadzieję, że rozpocznie ona serię podobnych spotkań w Polsce i na Białorusi. Uczestnicy konferencji zwiedzili muzeum uniwersyteckie i spotkali się z Rektorem Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, który podkreślił bardzo dobre kontakty z polskimi uniwersytetami medycznymi. Wielki miłośnik Grodna oprowadził gości po najciekawszych zakątkach miasta, przesiąkniętych wspólną polsko-białorusko-litewską historią. Od Starego Zamku ks. Witolda po Nowy Zamek, który zbudowano specjalnie dla obrad Sejmu Rzeczypospolitej, w którym uchwalono drugi rozbiór Polski. Niepomni historii Sowietci ulokowali w nim siedzibę Partii Komunistycznej. Dziś mieści się tam muzeum historyczne. Pomimo przekroczenia granicy Unii Europejskiej i konieczności posiada-

nia wizy wjazdowej, Polacy czują się w Grodnie bardzo swobodnie. Zawszą rozbrzmiewa język polski, wiele jest polskich napisów upamiętniających ważne postaci i wydarzenia. Język polski doskonale znają osoby nie mające polskich korzeni, gdyż jest tam dostępna polska telewizja, która od lat stanowi dużą atrakcję dla mieszkańców tego przygranicznego miasta. W czasach ZSRR imponowało to nawet profesorom przybyłym z Moskwy czy Leningradu. Rozmowy podczas uroczystej kolacji na Uniwersytecie uświadomiły jak ważne są takie spotkania sąsiadów, wymiana poglądów między lekarzami i naukowcami różnych krajów. Koledzy z Białorusi są bardzo zainteresowani współpracą naukową z Polską. Na przełomie listopada i grudnia w ramach programu Polskiej Pomocy MSZ gościliśmy w Warszawie stypendystkę z Mińska, która miała okazję poznać warszawskie ośrodki pneumonologiczne. Pobyt w Grodnie pozwolił nam spojrzeć na Białoruś w nowym świetle i z pewnością będziemy pogłębiać te kontakty.

klinicznym rozpoczął wykład T. M. Zielonki przedstawiający epidemiologię chorób układu oddechowego. Liczba zachorowań na POChP i astmę stale rośnie, a gruźlica, zapalenie płuc i rak oskrzeli są głównymi przyczynami zgonów na świecie. Doc. J. Chorostowska-Wynimko przedstawiła najnowsze koncepcje patogenezы POChP. Z kolei prof. A. Doboszyńska omówiła różnicowanie astmy i POChP. W następnym wystąpieniu doc. J. Chorostowska-Wynimko zaprezentowała europejskie rekomendacje dotyczące leczenia astmy i POChP. Konferencję zakończył dr D. Kamiński wykładem nt. domowej tlenoterapii. W trzeciej części odbyły się warsztaty spirometryczne. Była to prezentacja wykonania spirometrii połączona z dyskusją nt. zasad prawidłowej interpretacji wyników.

Polską delegację przyjął Rektor Uniwersytetu Medycznego w Czerniowcach, bardzo zainteresowany współpracą naukowo-dydaktyczną. Konferencja stała się także okazją do spotkania z Polakami żyjącymi na Bukowinie. Przed wojną Czerniowce znajdowały się zaledwie 30 km od granicy z Polską i do dziś mieszka tam wielu Polaków. Uroczysta kolacja na zakończenie konferencji stworzyła możliwość polsko-ukraińskich dyskusji, które pokazały jak bliskimi jesteśmy narodami i jak wiele nas łączy.

Tadeusz M. Zielonka

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawsko-Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

Swego nie znacie

dokończenie ze str. 27

utrzymaniu jest osoba niepełnosprawna: małzonek, dzieci własne i przysposobione, dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie, rodzice, rodzice małzonka, rodzeństwo, ojczym, macocha, zięciowie i synowie. Tak więc grupa członków rodziny posiadających niezdolności do dochodu i chcących ulżyć losowi niepełnosprawnej osoby może być całkiem liczna i skłonna do fundowania wydatków na cele rehabilitacyjne osoby niepełno-

sprawnej, zwłaszcza gdy zachodzi prawna możliwość odliczenia tych wydatków od swoich dużych dochodów. Podsumowując – odliczeniu od dochodu podlegają wydatki poniesione przez: a) podatnika będącego osobą niepełnosprawną albo b) podatnika, na utrzymaniu którego pozostają osoby niepełnosprawne. Każdy lekarz rodzinny i każdy inny specjalista zna trudności finansowe swoich podopiecznych, kiedy przyjdzie im wykupić leki w aptece. Dobrze więc byłoby szerzyć tę wiedzę o ulgach.

Przykład: rencistka, lat 73, choruje na serce i na kręgosłup L-S, otrzymuje w ciągu roku łącznie 14 400 zł renty z ZUS-u, odliczyła w 2005 r. następujące wydatki rehabilitacyjne: remont i modernizacja łazienki 4200 zł, dopłata za turnus rehabilitacyjny 370 zł, za kupowane co miesiąc leki 1200 zł (odliczenie 3 x 1100 zł, bo odejmuje się w danym miesiącu 100 zł). Razem od dochodu 14 400 zł odliczyła 4200 zł + 370 zł + (3 x 1100 zł) = 4200 zł + 370 zł + 3300 = 7870 zł. Oznacza to, że rencistka od dochodu odpisała 7870 zł, a więc podatek został wymierzony od

kwoty 6530 zł (14 400 zł – 7870 zł). W ten sposób powstała sytuacja nadpłaty podatku w urzędzie skarbowym (potrącaný przez ZUS co miesiąc i przekazywany do urzędu skarbowego). Nasza rencistka składając PIT/0 z ww. kwotami może oczekiwać zwrotu nadpłaconego podatku, co wyniesie 19% od nadpłaconej kwoty dochodu 7870 zł – oznacza to zwrot 1496 zł nadpłaconego podatku. Aby uzyskać ulgę – należy gromadzić dokumenty o wydatkach, następnie składać PIT/0, a w rubryce „Wydatki na rehabilitację” wpisać sumę odliczonych

kwot. Właśnie tego typu czynności boją się wykonać starsi i schorowani renciści oraz inne osoby niepełnosprawne. Skutkiem tego jest rezygnacja ze skorzystania z ulgi. W ten sposób rezygnując przechodzą obojętnie koło swoich spraw. Czynią to zarówno lekarze, zwłaszcza lekarze seniorzy, jak i nasi pacjenci. Dlaczego? Może to nieznajomość tematu, a może niechęć do pisanía. Krzysztof Tuszyński wiceprzewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej

Idealista w czasach pogardy

Zygmunt Wiśniewski

Prof. Tadeusz Bilikiewicz, który w czasie wojny i okupacji pracował w Zakładzie Psychiatrycznym w Kocborowie k. Starogardu Gdańskiego, zapamiętał swój wykład dla słuchaczy niemieckiej Akademii Lekarskiej w Gdańsku jako triumf polskiej wiedzy lekarskiej nad niemiecką.

Pewnego razu zwrócił się do mnie komisaryczny dyrektor szpitala, dr Siemens, abym publicznie dla studentów medycyny zademonstrował nakłucie podpotyliczne. Pokaz nakłucia urządzono w dużej sali, która przed wojną służyła za kaplicę, a przez Niemców zamieniona została na salę zebrań. Przygotowałem się do wykładu starannie, zdawałem sobie sprawę z tego, że gdybym się zblaznił, to byłoby już po mnie. Sala była nabita; tłum studentów, a w pierwszych rzędach dygnitarze z rektorem Akademii, profesorem Grossmanem, dyrektorem Szpitala – Siemensem i szeregiem umundurowanych hitlerowców. Wykonanie zabiegu poprzedziłem krótkim wykładem, wyjaśniającym stosunki anatomiczne miejsca, w którym wykonuje się nakłucie. Pierwszy zabieg udał się bardzo sprawnie, co studenci – według zwyczaju w uczelniach niemieckich – przyjęli z zadowoleniem tupiąc nogami. U drugiego chorego zabieg trochę się przedłużył, gdyż nie od razu trafiłem do cysterny. Była chwila napięcia, ale zaraz potem pojawił się kroplami płyn mózgowo-rdzeniowy, co studenci znowu powitali szmerem tupania. Nawet rektorowi zaimponowałem. Wydarzenie to miało ogólnejsze znaczenie w ówczesnej atmosferze. Niemcy wszelkimi sposobami szerzyli propagandę, która miała na celu poniżyć Polaków, przedstawić ich jako rasę niższą. I oto, żeby studentów medycyny nauczyć, trzeba było wypożyczyć polskiego lekarza, bo żaden z Niemców tego nie potrafił.

W maju 1935 r. został ordynatorem Zakładu Psychiatrycznego w Kocborowie. Przyjechał tam z Krakowa, gdzie pod kierunkiem prof. W. Szumowskiego zdobył doktorat z historii medycyny, habilitował się, a następnie otrzymał tytuł docenta. Był też tytularnym profesorem

Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, w którym nie mógł objąć katedry z powodu oszczędnościowej redukcji zatrudnienia. Wcześniej poznawał psychiatrię i historię medycyny w Zurychu oraz w instytucie historii medycyny w Lipsku. Władał znakomicie językiem niemieckim. Z tego czasu utrzymywał naukowe i osobiste kontakty z niemieckim historykiem medycyny prof. Henrym Sigeristem z Lipska. Znajomość ta pozwoliła mu przeżyć bez represji okupację niemiecką.

Kocborowo, dziś dzielnica Starogardu Gdn., znajdowało się przed 1939 r. w strefie tzw. korytarza, do którego pretensje zgłaszały hitlerowskie Niemcy. We wrześniu 1939 r. zostało zajęte przez Wehrmacht w pierwszej kolejności. Zakład Psychiatryczny stał się miejscem masowych mordów chorych psychicznie. Najpierw zgładzono miejscowych pacjentów, a następnie przywożono kolejne partie z innych szpitali Pomorza Gdańskiego. Łącznie uśmiercono w szpitalu lub rozstrzelano w pobliskim Lesie Szpęgawskim ponad 2,5 tys. chorych psychicznie.

Bilikiewicz był świadkiem tych zbrodni. Po wojnie jako świadek i ekspert będzie oskarżać katów, a wśród nich niemieckich lekarzy, przed polskim trybunałem narodowym i w mniejszych procesach.

W raporcie opracowanym dla trybunału polskiego sądującego Alberta Forstera, wielkorządcę Gdańska – Prus Zachodnich, Tadeusz Bilikiewicz scharakteryzował zaplanowaną i konsekwentnie realizowaną politykę eksterminacji ludności polskiej na terenie Pomorza Gdańskiego, ilustrując wnioski własnymi obserwacjami z Kocborowa.

Głównie chodziło tu o zniszczenie inteligencji polskiej i innych czynników, stanowiących z punktu widzenia

hitlerizmu reakcję. Wymordowano w ten sposób niemal doszczętnie duchowieństwo polskie, prawników, wyższych urzędników, nauczycieli, działaczy narodowych itp. Doszczętnie wymordowano w pierwszym miesiącu okupacji ludność żydowską. W obozach koncentracyjnych (Stutthof, Potulice) i w więzieniach mordowano bez litości wszystkich Polaków, którzy zdradzili się swymi uczuciami polskimi.

W autobiografii profesor zapisał syntezę swoich doświadczeń i spostrzeżeń o niemieckich lekarzach i personelu pomocniczym w Kocborowie.

Lekarzy niemieckich nic nie obchodziło poza sprawnym funkcjonowaniem metod eksterminacji chorych. Niemcy rozumieli się między sobą doskonale. Z Gdańska przychodziły rozkazy: trzeba było zrobić miejsce dla transportu chorych z obszarów „wybombowanych”. Bardzo sprawnie organizowano transport do lasu. SS-mani, niemiecki personel pielęgniarstwa, niemieccy lekarze, niemieccy urzędnicy – wszyscy solidarnie tworzyli zwarty i solidarnie pracujący front morderców. Chore dzieci pielęgniarstwa niemieckiego zabijały olbrzymimi dawkami luminalu. Środek ten poprzedniego dnia jeden z lekarzy niemieckich zapisywał do książki recept. Historię choroby zaopatrywano w zakończenie podające jako przyczynę zgonu byle jaką chorobę. Niemiecka etyka lekarska przestała istnieć.

Tadeusz Bilikiewicz, lekarz psychiatra, zabierający wielokrotnie publicznie głos w sprawie humanitarnego traktowania pacjentów chorych psychicznie (Tacy sami chorzy, jak inni – pisał), z wyczuleniem obserwował zachowania lekarzy niemieckich, a następnie opisał eksterminację chorych psychicznie z terenu Pomorza Gdn. i niechlubną rolę lekarzy.

Lekarze niemieccy odegrali smutną rolę posłusznych narzędzi w wykonaniu zarządzeń sprzecznych z etyką lekarską wszystkich czasów i wszystkich kultur.

Dla zilustrowania tego stwierdzenia przytacza pismo sygnowane wspólnie przez prezesów Izby Lekarskiej Rzeszy Niemieckiej i Izby Lekarskiej Okręgu Danzig-Westpreussen z września 1943 r.

Sytuacja wymaga natychmiastowego przedsięwzięcia koncentracji wszystkich sił roboczych do niemieckiej akcji zbrojeniowej. Wśród wszystkich wymaganych środków jest rzeczą konieczną, aby właśnie teraz i natychmiast wszyscy lekarze przy orzekaniu o niezdolności do pracy stosowali tak ostrą zasadę, za którą by w dotychczasowych okolicznościach nie mogli być brać odpowiedzialności. Oczekuje się od każdego niemieckiego lekarza Ubezpieczalni, że okaże całkowite zrozumienie użycia tego rodzaju środków koniecznych i to bez jakiegokolwiek obarczania swego sumienia lekarskiego. Jest niedopuszczalne, by wydawano zaświadczenia o niezdolności do pracy obcokrajowcom, a także niemieckim robotnikom przemysłu zbrojeniowego, którzy z powodu jakiejś bagatelki odwiedzają lekarza w jego pokoju ordynacyjnym lub w lagrze. Z polecenia Generalnego Pełnomocnika Arbeitsinsatzu wyrażam nadzieję, że każdy lekarz niemiecki sprostą tej sytuacji przymusowej i okaże zrozumienie dla tych środków doraźnych. Podpisał: Dr Froenel, prezes Izby Lekarskiej Rzeszy Niemieckiej.

Zarządzenie to, jak komentuje Bilikiewicz, lekarze niemieccy stosowali z całą surowością, a w szczególności w obozach. Nie mieli wątpliwości moralnych, nie dostrzegali sprzeczności z etyką lekarską.

Uogólniając, Tadeusz Bilikiewicz stwierdza z naciskiem, że mordowanie chorych i niezdolnych do pracy było w Niemczech hitlerowskich osobną dziedziną medycyny. Metodą tym nadawano eufemistyczną nazwę „eutanazji”. Akcja ta w swym teoretycznym uzasadnieniu i w praktycznym przeprowadzeniu była dziełem lekarzy. Haniebna ta prawda wymaga szczególnego podkreślenia. SS-mani byli najemnymi mordercami, ćwiczonymi do technicznego wykonania krwawej roboty. Kierownictwo akcji spoczywało jednak w rękach lekarzy i to nie były

jakich lekarzy. Sam rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku dr Grossman osobiście zarządzał tym dziełem.

Po zakończeniu wojny objął katedrę historii medycyny i zakład psychiatrii Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Predystynowały go do tej roli i przedwojenne tytuły, i osiągnięcia naukowe. Nie ustawał jednak w opisywaniu, dociekaniu i kwalifikowaniu tego, czego doświadczył osobiście i czego doświadczył naród polski w czasie okupacji niemieckiej.

O zjawisku niemieckiego ludobójstwa, w kategoriach filozoficznych, wypowiedział się raz jeszcze w 1966 r.

Dla zaznaczenia kontekstu historycznego warto przypomnieć, że w tym czasie (po roku 1949) historycy i publicyści polscy byli przez czynniki oficjalne zniechęceni do pisanie o zbrodniach niemieckich, które nazywano zresztą „hitlerowskimi”. Problematykę tę kontynuował krakowski „Przegląd Lekarski”, który corocznie pierwszy zeszyt, tzw. oświecimski, poświęcał lekarskiej problematyce okupacyjnej.

W publikacji ogłoszonej w „Przeglądzie Lekarskim” Tadeusz Bilikiewicz zastanawia się nad powstaniem niemieckiej filozofii zbrodni z „rozkażu”.

W piśmiennictwie na temat niemieckich zbrodni wojennych wraca problematyka eutanazji. Rozkazodawcy i wykonawcy zbrodni uśmiercania ludzi chorych psychicznie i ułomnych powoływali się na rozkaz Hitlera, dodając, że był to rozkaz ustny i poufny. Bilikiewicz, stwierdzał, że ustawy o eutanazji nigdy w Niemczech nie było, była rzeczywistość pseudo-eutanazyjna, starannie zakamuflowana pod rozkazami, które mówiły tylko o wysiedleniu, ostatecznym rozwiązaniu, odosobnieniu, emigracji itp. Prawda ta nie była ujawniana ogółowi Niemców. Propaganda wpajała masom przekonanie o dziejowej misji narodu niemieckiego w stosunku do Europy, której przeszkadzają prymitywne narody, zwłaszcza słowiańskie oraz Żydzi. Na tematy te nie wolno było rozmawiać, a osoby nie podporządkowujące się ogólnemu pogładowi były represjonowane na równi z narodami podbitymi.

Jak to było możliwe – pyta Tadeusz Bilikiewicz – że ta uczciwa część narodu niemieckiego nie podjęła akcji protestacyjno-propagandowej na większą skalę? Dlaczego uczciwi ludzie nabrali wody w usta i milczeli o prawdzie obozów zagłady, masowej eksterminacji



Tadeusz Bilikiewicz, 1945 r.

milionów Żydów, metodycznego łamania prawa międzynarodowego, konwencji haskiej, elementarnych praw ludzkich?

Odpowiada, że – poza strachem – postawy te były ukształtowane przez agresywną propagandę gebelsowską. Przypomina też, że od wieków masy niemieckie wychowywano w przesławie o posłannictwie kulturalnym Niemców. Hasło *Drang nach Osten* przeciętny inteligent niemiecki wyobrażał sobie jako urzeczywistnienie świętej misji narodu niemieckiego. Podtrzymaniu tego złudzenia służyła propaganda wpajająca przekonanie, że na Wschodzie żyją narody pogrążone w ciemnocie i barbarzyństwie.

W procederze tym uczestniczyli oczywiście przestępcy i ludzie o zbrodniczej osobowości. Nie stanowili jednak przeważającej części zbrodniarzy. Większość stanowili tzw. normalni Niemcy działający na rozkaz.

Bilikiewicz wydrukował swój szkic w 1966 r., a więc już po fali procesów zbrodniarzy hitlerowskich. Mógł przeanalizować linię obrony stosowaną w procesach przeciwko winnym zbrodni. Wszędzie i zawsze obrona powoływała się na rozkazy „z góry”.

Rozumowanie takie zdejmowało winę ze zbrodniarzy wojennych. Całą winę ponosił Hitler. Himmler, Göring, Goebbels, i inni wykonywali tylko rozkazy Hitlera. Ich podwładni wykonywali z kolei ich rozkazy i przekazywali je dalej coraz to niżej stojącym podwładnym. Ta olbrzymia machina, oparta na

dokończenie na str. 34

Doktorzy nauk dentystycznych

Zygmunt Wiśniewski

Równolegle z organizacją Izby Lekarsko-Dentystycznych finalizowano sprawy związane ze statusem akademickim Akademii Stomatologicznej, tytułami zawodowymi i naukowymi oraz dostępem do uzyskiwania stopni naukowych.

W 1937 r., kiedy wydawało się, że zawód dentystyczny wykonują już tylko lekarze dentyści i lekarze stomatolodzy, w prasie poznańskiej ukazał się anonis o nadzwyczajnym zjeździe Związku Dentystów Zachodnich Ziem Rzeczypospolitej. Zaniepokojone tym faktem organizacje związku lekarzy dentystów napisały do ministra opieki społecznej doniesienie informujące o istnieniu w Polsce nielegalnej organizacji pseudodentystycznej. Zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta RP z 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej, potwierdzonym ustawą o zawodzie lekarza z 1934 r., zawód ten mogli wykonywać tylko lekarze dentyści, a nie „dentyści”. Okazało się, że Związek Dentystów był reliktem, skupiającym techników dentystycznych, którzy

nie podporządkowali się istniejącym przepisom, i na swym zjeździe zaprotestowali przeciwko przepisom normującym status lekarza dentysty. Był to chyba ostatni tego typu publiczny protest przeciwko normalizacji prawa lekarsko-dentystycznego.

Wśród spraw nie załatwionych znajdowały się doktoraty z medycyny dentystycznej. Czekwały na załatwienie od 1922 r., od powołania Państwowego Instytutu Dentystycznego i nadania tej uczelni 1 stycznia 1922 r. statutu przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Statut był tymczasowy, zatwierdzono go, przy oporze przedstawicieli wydziałów lekarskich uniwersytetów, jako dokument tymczasowy. I jako taki przetrwał kilkanaście lat. Statut PID z 1922 r. przewidywał możliwość uzyskiwania przez

logiczną. Tymczasowość okazała się bardzo trwała.

Absolwenci PID, później Akademii Stomatologicznej nie mogli otwierać przewodów doktorskich. Przywilej ten przysługiwał tylko stomatologom, a więc lekarzom po studiach uniwersyteckich.

W regulacjach prawnych, które zostały wprowadzone na początku istnienia II Rzeczypospolitej, ważne miejsce zajmowała nostryfikacja dyplomów zagranicznych. Nostryfikacji podlegały zarówno dyplomy lekarzy (niższego stopnia), jak i doktorów medycyny. Procedurę postępowania nostryfikacyjnego regulowało rozporządzenie Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z 1924 r. W kwestiach doktoratów nie przewidywało ono nostryfikacji dyplomów doktorskich lekarzy dentystów. Dyplomy takie mieli nieliczni obywatele polscy. Zdobyli je na studiach w uczelniach niemieckich.

Dwaj lekarze dentyści z woj. poznańskiego, H. Dumke i Z. Zydorowicz, mieli dyplomy doktorów dentystyki uzyskane na uczelniach niemieckich i używali w dokumentach tytułów doktorskich. Zabronił im tego prezydent m. Poznania pismem z 9 czerwca 1926 r. Podstawą prawną tej decyzji był przepis ustawy o szkołach akademickich z lipca 1920 r. Zobowiązywał on posiadaczy dyplomów zagranicznych do nostryfikacji ich w uczelniach polskich. Nostryfikacji tej mógłby ewentualnie dokonać PID, ale uprawnień tych nie miał i przez kilkanaście lat mieć nie będzie. Najwyższy Trybunał Administracyjny (odpowiednik dzisiejszego NSA) podtrzymał decyzję prezydenta m. Poznania i zabronił zainteresowanym używania tytułów doktorskich.

W 1937 r., kiedy do sprawy doktoratów z dentystyki powrócono, dotyczyła ona prawie wyłącznie absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego (od



Prof. dr Jerzy Modrakowski, rektor Akademii Stomatologicznej

1933 r. Akademii Stomatologicznej).

Na zjeździe absolwentów PID-AS 1 listopada 1937 r. J. Konstantin, apelując do władz o kolejną regulację statusu lekarzy dentystów, używał argumentu tzw. prestiżowego: *Tytuł naukowy, a w szczególności tytuł doktora, stanowi ukoronowanie długich, bo kilkunastoletnich studiów. Tytuł ten tworzy z osób, które go posiadają, zespół ludzi poświęcających się nauce i używających swą wiedzę dla dobra społeczeństwa, które darzy ich zaufaniem.*

Niezależnie od tego tytuł doktora nauk lekarskich ma jeszcze swą odrębną cechę, która łączy się ściśle z kwestią autorytetu lekarza i wykonywaniem praktyki lekarskiej.

Konstantin zdefiniował to, na czym najbardziej zależało środowisku lekarzy dentystów. Było to zrównanie zawodów w ramach jednego stanu lekarskiego. Na przeszkodzie temu zrównaniu stało *nieprzychylnie ustosunkowanie się większości wydziałów lekarskich do Państwowego Instytutu Dentystycznego (AS).* Dlatego, mimo przemianowania w 1933 r. PID na Akademię Stomatologiczną, i mimo nadania jej praw szkoły akademickiej – kwestia doktoratów nie została dotąd załatwiona.

Sprawę wzięli w swoje ręce wykładowcy Akademii Stomatologicznej, którzy powołali komisję profesorską pod przewodnictwem prof. dr. Jerzego

Modrakowskiego, jej rektora. Komisja ta opracowała projekt rozporządzenia i przedłożyła go ministrowi. Zjazd absolwentów PID – Akademii Stomatologicznej zaapelował do ministra o nadanie projektowi rozporządzenia mocy obowiązującego prawa.

2 sierpnia 1938 r. wykładowcy Akademii Stomatologicznej i absolwenci PID-AS odnieśli sukces, na który czekali przez 16 lat. Minister wyznań religijnych i oświecenia publicznego wydał rozporządzenie w sprawie uzyskiwania stopnia doktora medycyny dentystycznej w Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Warunkiem ubiegania się o stopień doktora medycyny dentystycznej w Akademii Stomatologicznej jest:

1. wykazanie się uzyskaniem niższego stopnia naukowego w Akademii Stomatologicznej lub na wydziale lekarskim jednego z uniwersytetów polskich lub też niższego stopnia naukowego, uzyskanego w zagranicznej szkole wyższej i nostryfikowanego przez Akademię Stomatologiczną, bądź przez wydział lekarski jednego z polskich uniwersytetów;

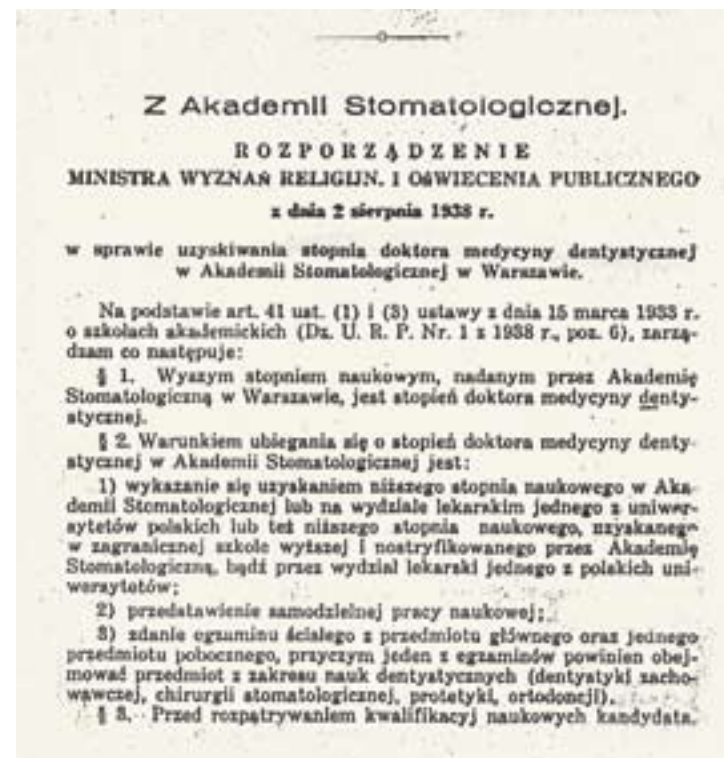
2. przedstawienie samodzielnej pracy naukowej;

3. zdanie egzaminu ścisłego z przedmiotu głównego oraz jednego przedmiotu pobocznego.

Powstała też szansa na nostryfikację zagranicznych dyplomów doktorów dentystyki. Lekarze dentyści z Poznania H. Dumke i Z. Zydorowicz, których perypetie z 1926 r. wcześniej opisałem, mogliby teraz nostryfikować swoje dyplomy, ponieważ Radzie Profesorów Akademii Stomatologicznej rozporządzenie przyznawało prawa nostryfikacyjne, jakie w myśl rozporządzenia z 1924 r. miały tylko uniwersytety.

Rozporządzenie zaczęło obowiązywać 2 sierpnia 1938 r. Do 1 września 1939 r., kiedy wybuchła wojna, nie było chyba szans z niego skorzystać. Nie wiadomo też, jak wyglądałaby praktyka w zetknięciu z konkretnymi przypadkami. Akt prawny miał jednak miejsce i zaważył na historii. W pierwszych powojennych latach, dokąd nie zreformowano kształcenia akademickiego lekarzy i lekarzy dentystów, prawo to obowiązywało. Było też odnośnikiem dla twórców powojennego ładu w kształceniu lekarzy stomatologów.

Starania kadry naukowej Akademii Stomatologicznej i twórców izb lekarsko-dentystycznych nie poszły więc na marne!



Rozporządzenie ministra wyznań religijnych i oświecenia publicznego z 2 sierpnia 1938 r.

Wąglikiem w morderców

Po opublikowaniu w styczniowym numerze „Gazety”, w cyklu „Lekarzy losy wojenne”, artykułu Zygmunta Wiśniewskiego pt. „Wąglikiem w morderców” redakcja otrzymała od pani **Marii Witaszek Malinowskiej**, córki dr. Franciszka Witaszka, list, który poniżej drukujemy.

Na podstawie istniejących dokumentów można ustalić jedynie, że dr Franciszek Witaszek jesienią 1939 r. został zaprzysiężony przez por. Stefana Adama Schmidta do wojskowej organizacji „Ojczyzna”, a w końcu 1939 r. zaprzysiężony do Służby Zwycięstwu Polsce przez por. Czesława Surmę. W marcu 1940 r. ponownie został zaprzysiężony do Związku Walki Zbrojnej przez ppłk. Rudolfa Ostrihanskyego i mianowany do stopnia kapitana cz.w. (czasów wojny). W czerwcu 1940 r. Witaszek został pierwszym szefem Związku Odwetu Okręgu Poznań.

Ponieważ po wywózkach do Generalnej Guberni bądź do obozów koncentracyjnych w Poznaniu pozostało około dziesięciu lekarzy mogących leczyć Polaków, dr Witaszek za zgodą władz niemieckich na początku 1940 r. otworzył prywatny gabinet lekarski przy ul. Zamkowej 3. W tym czasie także szkolił absolwentów wydziału lekarskiego, którzy jeszcze nie nabyli uprawnień do wykonywania zawodu. Przyjmowanie pacjentów w gabinecie i wizyty domowe stanowiły doskonałą

przykrywkę do wykonywania rozkazów ppłk. Franciszka Niepokólczyckiego, któremu bezpośrednio podlegał.

Od jesieni 1939 r., będąc osobistym lekarzem biskupa Walentego Dymka, internowanego w Pałacu Biskupim, współpracował z nim w tworzeniu Kościoła Podziemnego. W pierwszej kolejności zorganizował grupę poznaniaków, którzy mieli możliwości przechowywania księży do czasu dostarczenia im fałszywych dokumentów tożsamości i znalezienia dla nich pracy robotników fizycznych poza Poznaniem. Łącznicy dowozili im Oleje św., umożliwiając pełnienie posługi kapłańskiej w pełnym zakresie. Ta grupa poznaniaków, podlegająca wyłącznie dr. Witaszkowi, ani księża działający w podziemiu nie wpadli w ręce gestapo.

Najważniejszym zadaniem ZWZ i Związku Odwetu był wywiad na rzecz aliantów. Związek Odwetu miał własną radiostację w centrum Poznania i szyfrantkę przeszkoloną w szyfrach wojskowych. Radiostacja miała mały zasięg i nadawała meldunki nie dalej niż do Warszawy. A Komenda Główna przekazywała je do Londynu do gen. Sikorskiego.

Znając wartość meldunków wywiadowczych gen. Sikorski zabronił stosowania jakichkolwiek metod działania ułatwiających Niemcom dekonspirację tego wywiadu. Stosowano więc tylko drobne akcje sabotażowe.

Jeśli prawdą jest, że „witaszkowcy” (oddział Związku Odwetu liczący około 40 żołnierzy) zlikwidowali 5 oficerów Abwehry (niemiecki wywiad i kontrwywiad wojskowy), to byli (zgodnie ze zdaniem Niemców) jedną z najtajniejszych i najbardziej niebezpiecznych organizacji wojskowych w Europie w czasie II wojny światowej.

Na trzy dni przed pierwszą falą aresztowań dr Witaszek ogłosił „alarm” – umówiony znak w oknie wystawowym sklepu. Radiostację zdemontowano i łącznik przewiózł ją do Ostrowa Wlkp. Wszyscy

podlegli Witaszkowi, mimo śledzenia przez konfidentów, usunęli obciążające ich dowody. Niektórzy wyjechali z Poznania do GG. W „kocioł” gestapo nie wpadł ani kurier, ani żaden łącznik.

Dr Witaszek został aresztowany 25 kwietnia 1942 r. w swoim gabinecie lekarskim przy ul. Wrocławskiej 5. Podczas tortur w czasie śledztwa prowadzonego przez gestapo przyznał się do *trucia Niemców przy pomocy lycopodium*. Z wyjątkiem dziennikarza Henryka Tycnera nikt nie uwierzył, że można kogoś otruć zarodnikami *Lycopodium clavatum* lub pałeczkami duru brzuszego wkroplonymi do gorącej zupy albo kawy, względnie nie trującymi bakteriami wąglika.

8 stycznia 1943 r., po tajnym procesie przed doraźnym sądem gestapo, powieszono lub zgilotynowano 30 „witaszkowców”. Zamordowano wszystkich umieszczonych na liście znalezionej w mieszkaniu Guntrama Rolbieckiego. Egzekucje utajniono.

Rozkaz dzienny gen. Komorowskiego „Bora” z 1944 r. brzmi: *Franciszek Witaszek, dr, prof. Uniwersytetu Poznańskiego, pierwszy szef Związku Odwetu Okręgu Poznań: szeroki zasięg akcji, aresztowany wraz z rodziną w masowych aresztowaniach Związku Odwetu, zginął w okrutnych torturach w Forcie VII – Krzyż Walecznych*.

Prokuratorzy Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu IPN w polskich archiwach nie znaleźli akt z tego procesu. Obecnie akta te poszukiwane są w archiwach RFN.

Przed ww. prokuratorami dotychczas zeznania złożyło 1385 świadków.

Dlatego prawie wszystko to, co napisał dziennikarz Henryk Tycner jest nieprawdą i węszenie sensacji na temat trucia wąglikiem wydaje się niepoważne.

Maria Witaszek Malinowska

Poznań, 6 lutego 2009 r.

Kiedy przed dwoma laty doszła do nas wiadomość, że pisarz niemiecki Günter Grass, będący kronikarzem wojennego losu Niemców i uchodzącym za sumienie współczesnych Niemiec, przyznał się, że w ostatnich miesiącach II wojny światowej wstąpił do zbrodniczej formacji wojskowej Waffen SS, podniosły się głosy podważające moralnie wagę jego wielkiego pisarstwa.

Po latach, kiedy czyta się tę diagnozę fanatycznego otumanienia i sterroryzowania narodu niemieckiego napisaną przez Tadeusza Bilikiewicza, łatwiej to zjawisko zrozumieć. A warto pamiętać, że o zjawisku tym wypowiadali się także

inni lekarze doświadczeni przez hitleryzm: Mieczysław Michałowicz, Antoni Kępiński, Józef Bogusz i inni.

Zygmunt Wiśniewski

Cytaty pochodzą z publikacji T. Bilikiewicza: *Polityka sanitarna okupanta na Pomorzu. Opinie biegłego o systemie polityki deportacyjnej, stosowanej przez okupanta wobec ludności w „Gau Danzig Westpreussen” ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin lecznictwa i zdrowia publicznego*. „Polski Tygodnik Lekarski” nr 47, 1949-51, s. 140-151; *Autobiografia*. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” nr 1, 1978, s. 16; *Z rozważań nad psychologią ludobójstwa*. „Przegląd Lekarski” nr 1, 1966.

XII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Niespodzianek nie było

Zawody odbyły się w dn. 6-7 lutego br. w Wiśle-Labajów na stoku Stożka i były kontynuacją 11. edycji organizowanych wcześniej w Bystrem k. Baligrodu.

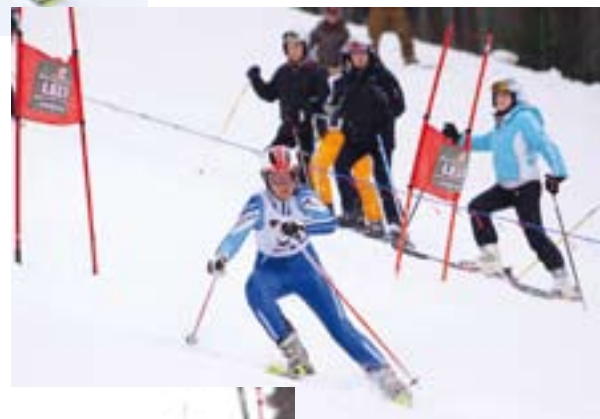
Mimo zawirowań pogodowych (temperatura dochodziła do +15° C) udało nam się przeprowadzić wszystkie zaplanowane konkurencje. Dopisała frekwencja, może dlatego, że przyjmowaliśmy zgłoszenia do ostatniej chwili, co nie ułatwiało nam zadania. Ze sportowego punktu widzenia poziom zawodów był bardzo wysoki.

Niespodzianek w zasadzie nie było. Jolanta Rembiasz, Iwona



Sroczyński, Grzegorz Siteń, Czarek Zahorski, Sebestan Gibiec, Wacław Warzecha, Kuba Gałaszek, Marek Skrzypczyński, Jakub Baniak wielokrotnie stawali na podium Mistrzostw Polski. W zdecydowanej większości ta ekipa reprezentuje Polskę na Mistrzostwach Świata, z dużymi zresztą sukcesami. W ubiegłym roku w Austrii drużynowo zajęliśmy drugie miejsce za Niemcami, ale przed Austriakami i Włochami. Na najwyższym podium stanęli wówczas m.in. Kuba Gałaszek i Magdalena Blaszkę.

Salomon, Danka Lewandowska, Urszula Gałaszek, Katarzyna Smolik, Katarzyna Pakosz, Magdalena Gryma, Agnieszka Łodziana, Małgorzata Salomonowicz, Antoni Prokopowicz, Janusz Lewandowski, Michał Gałaszek, Rafał Jękot, Leszek Klimczak, Jacek



W tegorocznych Mistrzostwach Polski drużynowo zwyciężyła ekipa Beskidzkiej Izby Lekarskiej.

Indywidualnie wśród kobiet najlepsza była Agnieszka Łodziana, a wśród mężczyzn wszystkie konkurencje wygrał Kuba Gałaszek.

Michał Gałaszek

Idealista w czasach pogardy

dokończenie ze str. 31

wojskowej dyscyplinie organizacyjnej, rozporządzająca fantastycznym aparatem propagandowym, sfanatyzowała i zaślepiała masy ludności niemieckiej, porywając za sobą nawet jej część uczciwą, działającą w patriotycznym przeświadczeniu, iż jest to święta wojna dla dobra i dla ratunku Wielkich Niemiec.

AM w Poznaniu, rocznik 1949-54

16.05.br. zapraszam na zjazd jubileuszowy z okazji 55 rocznicy ukończenia studiów. *Informacje i zgłoszenia: Cyryl Badyda, tel. 061-879-15-86, 0505-617-116.*

Absolwenci PAM w Szczecinie, rocznik 1959

Z okazji 50 rocznicy absolutorium organizuję koleżeński zjazd w **czerwcu** lub **wrześniu br.** *Zgłoszenia: Jan Rusin, tel. 091-564-31-19, 0605-600-175, 74-210 Przelewice 98, sekretarz zjazdu Beata Rusin, e-mail: beatka.br@wp.eu*

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1963-69

Z okazji 40 rocznicy otrzymania dyplomu proponujemy spotkanie koleżeńskie **19.09.br. w hotelu Victoria w Lublinie, ul. Narutowicza 58/60.** Koszt spotkania 220 zł. Ewentualna nadpłata zostanie zwrócona w dniu spotkania. Zgłoszenia i wpłaty do 1.05.br. na konto: PKO BP 07 1020 3176 0000 5102 0134 8432, z dopiskiem „40-lecie dyplomu”, z podaniem nazwiska (także panieńskiego) i adresu. Szczegółowe informacje i zaproszenie przesyłem na adres uczestnika. Chętni mogą rezerwować nocleg w hotelu Victoria: 081-532-70-11. *Informacje: Elżbieta Kurzydłowska-Jezierska, tel. 081-537-44-25, +48 608-28-64-46; Jan Sabbo, Danuta Mitosek-Sabbo, ul. Rymwida 4/2, 20-607 Lublin, e-mail: mitosek.sabbo@onet.eu*

Wydział Lekarski AM w Krakowie, rocznik 1963-69

Zjazd z okazji 40 rocznicy ukończenia studiów odbędzie się **13.06.br. w Krakowie.** *Prosimy o potwierdzenie udziału na adres e-mail: absolwenci_am@tlen.pl lub tel. 661-542-487* oraz przekazanie informacji o zjeździe Koleżankom i Kolegom. Koszt udziału 300 zł, płatne do 15.05.br. na konto: 06 1090 2053 0000 0001 1073 0650 Bank Zachodni WBK S.A. (w tytule przelewu wpisać imię i nazwisko uczestnika zjazdu). Komitet Organizacyjny: Małgorzata Radwan-Ballada, Janina Plesińska-Zawiślak

Oddział Stomatologii AM w Gdańsku, rocznik 1964-69

W 40 rocznicę absolutorium planujemy zjazd w dn. **5.06.br.** (koszt uczestnictwa ok. 250 zł). *Informacje: tel. 058-349-21-46, e-mail: ortodoncja@amg.gda.pl. Anna Wojtaszek-Stomińska*

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1969

Spotkanie koleżeńskie z okazji 40 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, **10.10.br. we Wrocławiu.** Opłaty za uczestnictwo: od absolwenta 250 zł, os. tow. na bankiecie 200 zł, tylko uroczystości 150 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 31.05.br. z dopiskiem „Zjazd 1969”. Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz z okresu studiów. Zakwaterowanie we własnym zakresie (nie jest wliczone w cenę zjazdu). *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl.* Za Komitet Organizacyjny Włodzimierz Bednorz, Grażyna Durek, Ryszard Łopuch, Maria Przondo-Makowiecka, Andrzej Wojnar

Absolwenci Stomatologii AM w Gdańsku, rocznik 1973

Zjazd Koleżeński-Majówka w dn. **30-31.05.br. w zamku króla Jana III Sobieskiego w Rzucenie k. Pucka.** Koszt uczestnictwa 350 zł. Wpłata do 30.04.br. na konto: Raiffeisen Bank Polska S.A. 45 1750 0012 0000 0000 0034 7717, Stanisław Butrymowicz, 80-174 Gdańsk-Otomin, ul. Tęczowa 3. Panie prosimy o podanie nazwisk z okresu studiów. *Informacje: tel. 058-303-97-16 po godz. 20.00 lub 0501-773-517, e-mail: azdent@wp.pl*

Wydział Lekarski AM w Gdańsku, rocznik 1968-74

Z okazji 35 rocznicy uzyskania dyplomów organizujemy zjazd absolwentów w dn. **11-13.09.br. w Ośrodku Wypoczynkowym Debrzyno, 83-406 Wąglikowice k. Kościerzyny** (pokoje 2, 3, 4-os., rezerwacja tel./faks 058-686-72-04 lub 0606-149-200). Koszt uczestnictwa ok. 400 zł. Przedpłata w wysokości 200 zł do końca 05.br. Nr konta - Baustal O.W. Debrzyno, 83-406 Wąglikowice k.Kościerzyny, Bank Millenium O/Kościerzyna, nr 07 1160 2202 0000 0000 2876 6222, tytuł wpłat „spotkanie koleżeńskie”. *Potwierdzenie uczestnictwa – także do końca 05.br. – na adres Jerzego Tujakowskiego, e-mail: tujakowscy@interia.pl, 86-031 Osielsko, ul. Irysowa 7, tel. 052-381-33-55. Komitet organizacyjny: przew. Piotr Hubert, tel. 0601-632-616, członkowie: Małgorzata Świątkowska, tel. 0606-978-788, Elżbieta Buszko-Sikora, tel. 0602-596-066, Jerzy Tujakowski, tel./faks 052-381-33-55, e-mail: tujakowscy@interia.pl, Jan Nagórski, tel. 0602-955-084.*

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rocznik 1973-79

Zjazd absolwentów **30.05.br. w Kazimierzu Dolnym n. Wisłą, Zjazd Piastowski, ul. Słoneczna 3,** 24-120 Kazimierz Dolny, tel. 081-88-90-900, 081-88-90-901. Koszt uczestnictwa 320 zł, wpłaty do 15.03.br. Nr konta: hotel Zjazd Piastowski, ul. Słoneczna 3, 24-120 Kazimierz Dolny, Multibank 55 1140 2017 0000 4302 0443 4742, tytuł wpłat „Zjazd absolwentów 79”. Uwaga! Osoby, które potrzebują faktury VAT proszone są o zaznaczenie przy przelewie „faktura VAT” i podanie danych do f-ry mailem do recepcji hotelu. Zakwaterowanie zgodnie z kolejnością wpłat w Zajeździe Piastowskim i pensjonacie Casablanca. Prosimy o przekazanie informacji kolegom z roku. *Komitet Organizacyjny: Rosława Kluza, tel. 0604-401-654, e-mail: kluzar@o2.pl; Anna Zmysłowska, tel. 0601-283-318, e-mail: a.zmyslowska@hipokrates.org; Danuta Loch-Kruk, tel. 0667-530-004, e-mail: dloch-kruk@wp.pl*

AM w Gdańsku, rocznik 1973-79

Z okazji 30 rocznicy ukończenia studiów w dn. **16-17.05.br. w hotelu Neptun w Juracie** odbędzie się uroczyste spotkanie, na które wszystkich absolwentów zaprasza starościna roku. Koszt 250 zł + nocleg. Wpłaty w wys. 250 zł na konto: Jolanta Brząkała-Brunka 64 1240 1242 1111 0010 2209 2408, z dopiskiem: Zjazd – maj 2009. *Informacje: u starościny roku, tel. 058-552-81-60, 0602-720-559.*

Wydział Lekarski PAM, rocznik 1979

Jak zwykle, co 5 lat, spotykamy się w **Kołobrzegu**, w dn. **2-4.10.br.** *Szczegóły na stronie www.zjazd-1979.pl.* Komitet organizacyjny – Dach, Hoc, Kuc

Wydział Lekarski AM w Lublinie, rok 1983

W dn. **17-19.04.br.** zjazd absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1983, w **Kazimierzu Dolnym n. Wisłą, Zjazd Piastowski, ul. Słoneczna 3,** 24-120 Kazimierz Dolny, tel. 081-88-90-900, 081-88-90-901. Koszt uczestnictwa 600 zł. Wpłaty na konto Bożena Kował, Barbara Żmurowska Multibank 64 1140 2017 0000 4902 0947 4406. Tytuł wpłaty „zjazd absolwentów”. Opłata obejmuje koszt rezerwacji miejsc hotelowych, które należy rezerwować pod ww. numerem telefonu. Ewentualna dopłata w zależności od pokoju.

Absolwenci AM we Wrocławiu, rocznik 1984

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji 25 rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **25-27.09.br., hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju.** Opłata od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. 400 zł, sb-nd z nocl. 300 zł, pt-nd bez nocl. 250 zł, pt-sb z nocl. 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17-15401030-2001-7753-6075-0001 do 31.03.br. z dopiskiem „Zjazd 1984” 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. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl.* Za Komitet Organizacyjny Ewa Moroch-Kacprzak, Barbara Ścieszka

Wydział Lekarski AM we Wrocławiu, rocznik 1989

Pierwsze po studiach spotkanie koleżeńskie z okazji XX rocznicy ukończenia AM we Wrocławiu, w dn. **2-4.10.br., hotel Nasz Dom w Polanicy-Zdroju.** Opłata za uczestnictwo od absolwenta/od os. tow.: pt-nd z nocl. 400 zł, sb-nd z nocl. 300 zł, pt-nd bez nocl. 250 zł, pt-sb z nocl. 200 zł. Wpłaty na konto DIL we Wrocławiu: 17 1540 1030 2001 7753 6075 0001 do 30.04.br. z dopiskiem „Zjazd 1989” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu (II piętro, pok.1). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego i z okresu studiów. *Informacje: Patrycja Malec, DIL we Wrocławiu, tel. 071-79-88-068, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl.* Za Komitet Organizacyjny Iwona Grodziska, Krzysztof Mazur

Wydział Lekarski ŚLAM w Zabrze, rocznik 1994

Z okazji 15 rocznicy uzyskania absolutorium zjazd absolwentów w **Wiśle** w dn. **5-6.09.br., hotel Pod Jedłami.** Koszt 310 zł/osobę. Rezerwacje do 30.04.br., tel. 033-856-47-20, 033-855-24-17; 0607-737-827 lub rezerwacja@podjedlami.pl na hasło wpisane jako temat „Zjazd 1994” (podać imię i nazwisko, adres e-mail, telefon lub faks kontaktowy). Szczegółowe informacje po dokonaniu rezerwacji (również numer konta). Wpłaty do 15.06.br. *Informacje: Anna Czereba-Pohl, tel. 0604-775-408 i Bogdan Żychowicz, tel. 0606-121-247.*

Absolwenci AM w Warszawie i Warszawskiego UM

W roku 2009 mija 200 lat nauczania medycyny i farmacji w Warszawie. Z okazji tej rocznicy organizowany jest **21.11.br.** zjazd koleżeński. Wszystkich Absolwentów zainteresowanych tym spotkaniem w imieniu Władz Uczelni oraz Stowarzyszenia Wychowanków serdecznie zapraszamy. Potwierdzeniem uczestnictwa w spotkaniu jest wpłata 200 zł, do 31.03.br. na konto: Stowarzyszenie Wychowanków Warszawskiej Medycyny i Farmacji Bank P.K.O. S.A. 42 1020 1055 0000 9702 0015 8238 oraz listowne powiadomienie organizatorów (podać: imię i nazwisko, rok ukończenia studiów, dokładny adres i nr telefonu lub e-mail). Ze względu na ograniczenie liczby uczestników rejestracja będzie dokonywana w kolejności napływu zgłoszeń. *Adres do korespondencji: Mieczysław Szostek, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chorób Klatki Piersiowej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a, tel. 022-599-25-64, faks 022-599-15-64, e-mail: szostekm@amwaw.edu.pl.* Komitet Organizacyjny

u.bakowska@gazetalekarska.pl

opr. u

Jubileusz w Poznaniu – 1958-2008

Chłodny jesienny dzień 25 października 2008 r. zapadł w pamięć dyplomantów rocznik 2008 i nam, dyplomantom rocznik 1958. Na uroczystości odnowienia dyplomu lekarza po 50 latach pracy w zawodzie zjechało ponad 110 kolegów – lekarzy z całego kraju i zagranicy. Uroczystość rozpoczęliśmy Mszą św. w kościele oo. dominikanów w Poznaniu, którą celebrował o. Jan Góra. Następnie przeszliśmy do auli Uniwersytetu A. Mickiewicza, gdzie zajęliśmy miejsca na podium. Uroczystościom przewodniczył prorektor Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. med. Grzegorz Oszkiniś oraz dziekani Wydziału Lekarskiego I prof. dr hab. med. Ryszard Marciniak i prof. dr hab. med. Władysław Manikowski. W naszym imieniu przemawiał prof. dr hab. med. Roman Szulc, który zwrócił szczególną uwagę na etykę zawodu lekarza, na relacje lekarz – pacjent. Opuszczałam już pustą aulę wzbogaconą radością i wzruszeniem, trzymając w ręku tubę z odnowionym dyplomem lekarza, dyplomem od Stowarzyszenia Absolwentów Uniwersytetu Medycznego, z białą różą i biretem – biretem z haftem 1958-2008. Ten dzień, to już historia, ale odnowione przyjaźnie, to przyszłość pełna spotkań i wspomnień. *(Anna Kierzkowska)*



Siatkówka halowa

OIL w Łodzi zaprasza na **IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej**, w dn. **17-19.04.br.** Zawody odbędą się w **hali sportowej MO-SiR w Wieluniu przy ul. Częstochowskiej 35.** Koszt zakwaterowania i wyżywienia ponoszą uczestnicy. Proponujemy zakwaterowanie w następujących hotelach: Hotel „Zielona Veranda”, Widoradz 44, 98-300 Wieluń, tel. 043-842-88-37, 043-841-80-71, info@zielonaweranda.com.pl; Zjazd „Boryna” 98-300 Wieluń, ul. Zjazd 2, tel./ faks 0-43-843-44-25, tel. kom. 601-398-546, www.zajazd-boryna.pl; Hotel „VIP Noclegi” 98-300 Wieluń, ul. Kopernika 25, tel./faks 043-843-36-15, tel. 0500-009-554, www.vip.wielun.pl; Oberża „Knieja” Raducki Folwark 40, 98-320 Osjaków, pow. Wieluń (11 km od Wielunia, przy drodze krajowej nr 8 Warszawa-Wrocław), tel. 0515-094-885, www.oberzaknieja.eu, info@oberzaknieja.eu; Hotel „Jurajska Perła” Pątnów k. Wielunia, tel. 0605-451-301, tel. 0502-424-172, Renata i Marcin Wojciechowsky. Prosimy o indywidualne i wcześniejsze (!) rezerwacje pokoi. Rozgrywki będą się odbywać wg przepisów PZPS. W turnieju mogą brać udział wyłącznie drużyny złożone z lekarzy i lekarzy-dentystów. *Informacje: organizator Ewa Wujec, tel. 0605-227-822.*

Rajd konny

Sekcja Jeździecka przy OIL w Łodzi zawiadamia, że kolejny **rajd konny im. mjr. H. Dobrzańskiego „Hubala”** odbędzie się w dn. **1-3.05.br.** Wszystkich zainteresowanych miłośników koni ze środowisk medycznych zapraszamy do udziału w naszym spotkaniu. Trasa rajdu majowego będzie przebiegać szlakiem **wybranych miejsc pamięci poległych żołnierzy w bitwie łódzkiej 1914 r.** Miejsca hotelowe dla uczestników i ich koni zapewniamy w ośrodku jeździeckim w **Mikołajowie k. Kuluszek**, który będzie bazą dla rajdu. Możliwość wypożyczenia koni. *Kontakt: dr W. Sędzicki, tel. 0605-296-622.*

Wędkarstwo spławikowe

Komisja Sportu Beskidzkiej IL, we współpracy z Zarządem Okręgu PZW Bielsko-Biała, zaprasza na **VII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym.** Impreza odbędzie się na **zbiorniku Rajsko w pobliżu Oświęcimia, 6.06.br. (sobota)**, w dwóch turach. *Zgłoszenia: nr tel. 0608-365-164 (Klaudiusz Komor).* Program i dokładniejsze dane o łowisku zostaną przesłane uczestnikom w późniejszym terminie. Zapraszamy!

Rekolekcje wielkopostne

dla pracowników służby zdrowia

odbędą się w dn. **21-22 marca br.**

w kaplicy przy **ul. Floriańskiej 3 w Warszawie**

i będą prowadzone przez ks. Piotra – lekarza i duszpasterza Opus Dei.

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE W INTERNECIE www.absolventus.pl

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

• **6-7.03.** Poznań. VI Ogólnopolskie **Repetitorium Pulmonologiczne**. Coroczna ogólnopolska konferencja szkoleniowo-naukowa dla lekarzy **rodzinnych, internistów i pulmonologów**. 15 pkt. edukac. Informacje: Sekretariat Konferencji – Katedra i Klinika Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu, ul. Szamarskiego 84, tel. 061-854-9395, tel./faks 061-841-7061, www.sk1.am.poznan.pl/flytzyo pod odnośnikiem Konferencja: Informacje ogólne - Program. Informacje w sprawie warsztatów udzielane są telefonicznie.

Lubelska Szkoła **Neurosonologii** SKOLAMED

• **6-7.03., 6-7.11.** **Badanie dopplerowskie tętnic wewnątrz- i zewnątrzczaszkowych** – kurs podst.
• **27-28.11.** **Przeczaskowe badanie dupleksowe** – kurs podst.
• **13-14.03.** **Badanie dopplerowskie tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych (TCD) oraz przeczaskowe badanie dupleksowe z kolorowo kodowanym przepływem (TCCD)** – kurs doskonalący
14 pkt. edukac. Informacje: www.neurosonologia.skolamed.pl
Zgłoszenia: SKOLAMED, tel. 081-534-71-48, faks 081-534-71-50, e-mail: neurosonologia@skolamed.pl

Centrum Edukacji Medycznej CEMED

• **7.03.** Warszawa, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. III seminarium **techników elektroradiologii Mammografia**
• **21.03.** Warszawa. Seminarium **techników radiologii Rezonans magnetyczny. Podstawowe badania MR – głowy, kręgosłupa i jamy brzusznej**
• **21.03.** Warszawa, siedziba IBIB PAN. Sympozjum dla **lekarzy Akademia chorób odkleszczowych**
• **4.04.** Warszawa. II seminarium **techników elektroradiologii Nowoczesne techniki diagnostyki obrazowej w pediatrii**
• **16.5.** Poznań, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi. II sympozjum **techników elektroradiologii** z cyklu **Badania radiologiczne w ortopedii 2009. Kończyna górna – bark, łokieć, nadgarstek i ręka**
Informacje i rejestracja: www.cemed.pl, Centrum Edukacji Medycznej CEMED, ul. Łucka 15, p. 214, 00-842 Warszawa, tel. 022-257-00-39, 022-257-00-38, e-mail: cemed@cedmed.pl

Mazurska Szkoła **USG i Ginekologii**

• **11-14.03.** **Diagnostyka USG w położnictwie dla zaawansowanych**
• **19-21.03.** **Diagnostyka prenatalna (11-13-tyg. ciąży) z elementami echokardiografii płodu**
• **22-27.03.** **USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących. Teoria i praktyka**
• **16-19.04.** **Endokrynologia estetyczna**
• **23-25.04.** **Patologia i choroby sutka**
• **03-08.05.** **USG w ginekologii i położnictwie dla początkujących. Teoria i praktyka**
• **13-16.05.** **USG z zastosowaniem technik dopplerowskich w ginekologii i położnictwie**
• **21-23.05.** **Kolposkopia dla początkujących**
Informacje i zapisy: www.usg.pisz.pl, e-mail: usg@usg.pisz.pl, tel. 0504-075-804

Wielkopolska Szkoła **Diagnostyki Obrazowej**

• **12-15.03.** **Jama brzuszna**
• **19-22.03.** **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)**
• **26-29.03.** **Ultrasonografia w pediatrii**
• **27-28.03.** **Echokardiografia** – doskonalący, nowość (**serce przeszczepione, tamponada, protezy zastawkowe – zapalenie wsierdza – resynchronizacja**)
• **2.04.** **Przetoki dializacyjne** (doskonalący, nowość)
• **4-5.04.** **Echokardiografia dziecięca** (nowość)
• **16-19.04.** **Gruczoł piersiowy**
• **23-26.04.** **Echokardiografia**
• **8-9.05.** **Narządy powierzchowne szyi (tarczycza, ślinianki, węzły)**
• **14-15.05.** **Naczynia obwodowe** (doskonalący)

• **21-24.05.** **Ultrasonografia dopplerowska naczyń obwodowych**
• **28-31.05.** **Jama brzuszna**
• **4-7.06.** **Ultrasonografia dopplerowska w neurologii (TCD, TCCD)**
Zajęcia w pałacu w Brodnicy Śremskiej. Zgłoszenia: www.obraz.pl, e-mail: obraz@obraz.pl, kom. 0603-76-20-41, 061-657-94-63

• **18-20.03.** Zakopane. XVI Zjazd Pol. Tow. **Zakażeń Szpitalnych** i XIX Nauk.-Szkol. Sympozjum Sekcji **Zakażeń Chirurgicznych** Tow. Chir. Pol. Temat: **Stany zagrażające życiu u chorych operowanych**. Kontakt: Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych, ul. Czysa 18, 31-121 Kraków, tel. 12-633-00-60, 12-633-60-33, faks 12-423-39-24, e-mail: zofia.kowalczyk@cm-uj.krakow.pl

• **20-21.03.** Kraków, hotel Qubus, ul. Nadwiślańska 6. Fundacja Akademii Nowoczesnej Diagnostyki organizuje Konf. Nauk.-Szkol. **Andropauza – druga młodość dojrzałego mężczyzny**. Warsztaty: **Komputerowa analiza nasienia**. 7 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: Fundacja AND, ul. Olszańska 5, 31-513 Kraków, tel./faks 012-29-50-119, www.and.org.pl, e-mail: rejestracja@and.org.pl

Mazowiecka Szkoła **Ultrasonografii**

• **20-21.03.** **Praktyczny kurs kolposkopii** – Certyfikat PTPZ HPV
• **2.04.** **Echokardiografia płodowa** – warsztaty
• **3-4.04.** **Echokardiografia płodu** – kurs - zaawansowani
• **18.04.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **23.04.** **Echokardiografia w kardiologii** – warsztaty
• **24-25.04.** **Echokardiografia w kardiologii** – kurs - początkujący
• **7.05.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **8-9.05.** **Niepełność – diagnostyka i leczenie w prywatnej praktyce lekarskiej**
• **8-10.05.** **Ultrasonografia w urologii**
• **16.05.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **26-28.06.** **Echokardiografia płodowa** – kurs do Dyplomu Skryningowego Badania Serca Płodu.
• **2.07.** **Diagnostyka dopplerowska w położnictwie z diagnostyką wad płodu** – warsztaty
• **3-5.07.** **Diagnostyka wad wrodzonych i ultrasonografia w ginekologii**
Programy kursów i zapisy: www.mszu.pl, mazowiecka@mszu.pl, tel. 0602-122-513

• **21.03.** Warszawa, Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1, godz. 9.30-17.30. Warszawsko-Otwocki Oddział Pol. Tow. Chorób Płuc z okazji **Światowego Dnia Walki z Gruźlicą** organizuje sesję Szkoły **Pneumonologii** nt. **Gruźlicy**. Wstęp bezpłatny, pkt. edukac. OIL. Informacje: WWW.ptchp.home.pl, kier. kursu Tadeusz M. Zielenka, tel. 0501-143-324, e-mail: tmzielonka@wp.pl, sekr. Jacek Jagodziński, tel. 0604-957-483, e-mail: jaczagoda@mediclub.pl

• **21-22.03.** Warszawa. I Konferencja Nauk.-Szkol. **Vancouver 2010, Londyn 2012**, w ramach programu przygotowań lekarzy i terapeutów kadr narodowych do igrzysk olimpijskich, dla **lekarzy różnych specjalności, fizjoterapeutów, trenerów, instruktorów, nauczycieli WF**. Informacje: www.medsport.pl, www.coms.pl. Komitet Organizacyjny: Al. St. Zjednoczonych 72/176, wejście E, 04-036 Warszawa, tel. 022-405-42-72, tel./faks 022-834-67-72, e-mail: nauka@medsport.pl, m.tomaszewski@medsport.pl

• **26-27.03.** Warszawa. Stow. na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce we współpracy z OINpharma sp. z o.o. zaprasza na kolejną edycję kursu medycznego z warsztatami: Podstawowe zasady prowadzenia badań klinicznych dla badaczy, dla lekarzy i innych członków zespołów **prowadzących badania kliniczne leków faz I-IV**. 12 pkt. edukac. Informacje: Dział Szkoleń OINpharma, tel. 022-578-00-03, 578-00-05, faks 022-632-25-82, e-mail: szkolenia@oinpharma.pl

Roztoczańska Szkoła **Ultrasonografii**

• **29.03.-3.04.** **Diagnostyka USG w ginekologii i położnictwie**
• **19-24.04.** **Podstawy USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy**
• **26.04.-1.05.** **Diagnostyka dopplerowska naczyń krwionośnych**
• **10-15.05.** **Diagnostyka USG w medycynie ratunkowej**

• **24-29.05.** **Podstawy echokardiografii**
• **12-14.06.** **Echokardiografia doskonaląca**
• **21-26.06.** **USG w pediatrii**
Informacje: www.usg.com.pl

• **2-4.04.** Warszawa. VIII Krajowa Konferencja Szkoleniowa Tow. Internistów Pol. – **Interna 2009**. 12 pkt. edukac. Wydarzenia towarzyszące: II Sympozjum **Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?** godz. 15.00-18.30, Sala Koncertowa PKiN (VI p.) udział w symp. bezpl., 3 pkt. edukac. Warsztaty spec., godz. 11.00-13.40, Hotel Holiday Inn oraz PKiN: **Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów; Leczenie astmy u dorosłych – trudne przypadki; Zalecenia kliniczne w insulinoterapii cukrzycy typu 2; Podstawy evidence-based medicine (EBM) – krytyczna analiza wyników badań klinicznych; „Plusy ujemne” EKG; Postępowanie w chorobie wieńcowej – aktualne wytyczne Europejskiego Tow. Kardiologicznego; 3 pkt. edukac. Informacje i zgłoszenia: Medycyna Praktyczna – Dział Szkoleń, ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków, tel. 012-293-40-04, faks 012-293-40-10, e-mail: interna2009@mp.pl, www.mp.pl/interna2009**

• **4.04.** Łódź, Teatr Wielki. II Katedra i Klinika **Kardiologii** UM w Łodzi zaprasza na XV Łódzką Konferencję Kardiologiczną. **Postępy kardiologii klinicznej; Ostre zespoły wieńcowe; Leczenie nadciśnienia u osób w wieku podeszłym; Cele wczesnej rehabilitacji kardiologicznej; Nowe rekomendacje w niewydolności serca; Migotanie przedsionków – nowa strategia leczenia; Forum przypadków klinicznych; Zaburzenia rytmu; Gorąca linia – najnowsze doniesienia z kardiologii**. Koszt uczestnictwa: wpłata na konto do 20.03.br. – 50 zł, na miejscu – 60 zł. Nr konta: Bank PKO S.A. VI O/Łódź 30 1240 3031 1111 0000 3426 8447, z dopiskiem kardio. Zgłoszenia: INTERSERVIS sp. z o.o. 90-537 Łódź, ul. Stefanowskiego 24, e-mail: biuro@interservis.pl, tel. 042-637-12-15 w. 101, 042-637-13-59 w. 118, faks 042-639-79-80

• **16-18.04.** Warszawa. Pałac Kultury i Nauki. DENTEXPO. Zjazd szkoleniowy: **Nowości stomatologii praktycznej**. Informacje i zgłoszenia: www.dentexpo.pl

• **17-18.04.** Zakopane, hotel „Dafne”. Pol. Tow. Psychologii i Med. **Prenatalnej i Perinatalnej** oraz Klinika Położnictwa i Perinatologii Collegium Medicum UJ zapraszają na V Sympozjum: **Aktualne problemy perinatologii**. Tematy: *Medyczne, psychologiczne i społeczne aspekty porodu przedwczesnego; Cukrzyca w ciąży i podczas porodu – nowe aspekty; Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa w perinatologii; Stany nagłe w perinatologii*. Koszt uczestnictwa: lek. spec. – do 28.03. – 400 zł, po 28.03. – 500 zł, w dniu rozpoczęcia symp. – 600 zł; lek. specjalizujący się (odpowiednio) – 200 zł, – 300 zł, – 350 zł. Kartę zgłoszenia należy przesłać wraz z dowodem wpłaty do 1.04.br. na adres sekretariatu konferencji. Wpłata na konto: Polskie Towarzystwo Psychologii i Medycyny Prenatalnej i Perinatalnej Deutsche Bank S.A Oddział Kraków, ul. Sarego 2 nr: 19 1910 1048 0001 0810 1121 0002, z zaznaczeniem „SYMPOZJUM”. Sekretariat konferencji: 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23, tel. 424-84-12, faks 424-84-12; e-mail: obgynsept1@wp.pl, www.ptpmpp.prv.pl

• **18-22.04.** Zakopane. Kurs: **Ultrasonograficzne badanie i leczenie stawów biodrowych wg Grafa**. Informacje: kulej@ozzl.org.pl, www.sono-medicus.pl, dr Maciej Kulej, tel./faks 018-201-24-17, 0604-100-130, Sono-Medicus 34-500 Zakopane, ul. Mrowce 18c.

• **18.04.** Warszawa, hotel Sofitel Victoria - konferencja inauguracyjna, • **25.04.** Kraków, hotel Sheraton, • **22.05.** Gdańsk, hotel Hevelius. Konferencje Kolegium **Lek. Rodzinnych** w Polsce pod patronatem Pol. Tow. **Diabetologicznego: Nowe zalecenia dotyczące leczenia chorych na cukrzycę dla lekarzy rodzinnych**. 8 pkt. edukac., www.nowezalecenia.evmaco.pl

Konferencje Polskiego Towarzystwa **Diabetologicznego**

• **16.05.** Warszawa, hotel Marriott. **Diabetologia w polskim systemie ochrony zdrowia**; www.finansowanieswiadzen.evmaco.pl;
• **30.05.** Warszawa, hotel Sheraton. **Obecne wyzwania i przyszłe możliwości pochodnych sulfonylomocznika**. 8 pkt. edukac., www.pochsu.evmaco.pl;

• **18-20.09.** Zakopane, hotel Mercure Kasprowy. **XIII Sympozjum Diabetologiczne**. Pkt. edukac., www.13sympozjumptd.evmaco.pl Informacje i zgłoszenia: EVMACO, ul. Batorego 25, 31-135 Kraków, tel. 012-429-69-06, faks 012-423-41-92, evmaco@evmaco.pl

Dolnośląska Szkoła **Ultrasonografii**

• **23-25.03.** **Diagnostyka echokardiograficzna wrodzonych wad serca dzieci**
• **21-24.04, 26-29.05., 16-19.06.** **Diagnostyka USG jamy brzusznej** – kurs podstawowy
• **1-5.06.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs podstawowy
• **29.06.-1.07.** **Cytologia onkologiczna w ginekologii. System klasyfikacji BETHESDA** – kurs doskonalący
Informacje i zgłoszenia: Wrocławskie Centrum Promocji, ul. Śniadeckich 10, 51-604 Wrocław, tel. 071-348-39-66, 0606-350-328, e-mail: r.baran@neostrada.pl, www.usg.webd.pl/

• **23-24.04.** Wrocław. Dolnośląskie Centrum **Transplantacji Komórkowych**. Pol. Tow. **Immunogenetyczne**, Instytut **Immunologii i Terapii Doświadczalnej** PAN zapraszają na konferencję naukową **Donor Recipient Matching and Cellular Therapy in Transplantation - Technological and Clinical Aspects**. Celem jest przedstawienie (the aims of conference): 1. *Programów Komisji Europejskiej związanych z terapią komórkową ze szczególnym uwzględnieniem zaangażowania Krajów Europy Środkowej i Wschodniej* (dr Charles Kessler z Brukseli z Biura Komisarza ds. Nauki Komisji Europejskiej; warsztaty praktyczne poprowadzi dr Anna Pytko); *zagadnienia związane z przedsięwzięciami natury publiczno-prawnej dotyczącymi diagnostyki i opieki zdrowotnej* omówi dr Wojciech Dubis; 2. *Zagadnień tolerancji transplantacyjnej i programu Transplant Research Integration in Europe* (sesja: Biomarkers for optimal donor-recipient matching for transplantation - dr Michel Goldman, Bruksela); 3. *Zagadnień alloreaktywności limfocytów po transplantacji* (sesja: Genetical and biological risk factors in solid organ transplantation - dr Frans J. Claas, Leiden); 4. *Zagadnień terapii immunologicznej i komórkowej po transplantacji* (sesja: Immunotherapy including cellular treatment in transplantation - dr Alejandro Madrigal, Londyn); 5. *Zagadnień dawstwa komórek macierzystych* (sesja: European integration of donor-recipient matching EMDIS - dr Colette Raffoux, Paryż); 6. Warsztatów: I *Statystyczna ocena i sprawozdawczość w transplantologii* (dr Richard Szydło, Londyn), II *Kontrola jakości typowania HLA* (dr K. Bogunia-Kubik, Wrocław). Informacje program, tryb zgłaszania prac, zakwaterowanie, pkt. edukac.: www.dctk.wroc.pl/conference2009, tel. (48-71) 783-13-75, 370-99-77. Przew. Kom. Org. Andrzej Lange

• **24.04.** Łódź. Pol. Tow. Parazytologiczne, Kom. Parazytologii II Wydz. PAN w Warszawie, Zesp. Mikologii Kom. Parazytologii PAN, Zakł. Biologii i Parazytologii Lek., Zakł. Diagnostyki i Leczenia Chorób Pasożytniczych i Grzybic Kat. Biologii i Genetyki Med. UM w Łodzi organizują: 48 Dzień Kliniczny **Parazytologii Lekarskiej**. Temat gł.: **Rezerwuary pasożytów i grzybów chorobotwórczych w populacji człowieka i środowisku**. Pkt. edukac. Informacje: Komitet Organizacyjny: Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny, plac Hallera 1, 90-647 Łódź, e-mail: katbiol@wp.pl

• **24.04.** Warszawa. Oddział **Immunologii** IP-CZD, Pol. Tow. **Pediatryczne**, Pol. Tow. **Wakcynologii** organizują sympozjum: **Szczepienia Ochronne**. Wykład inauguracyjny oraz obrady „okragłego stołu” poświęcone **zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej oraz innym zakażeniom wywołanym przez pneumokoki** (tłum. symultaniczne) poprowadzi światowej sławy uczony: prof. Ron Dagan, Uniwersytet Soroka, Beer-Sheva, Izrael. Inne tematy: *Program Szczepień Ochronnych – nowe kierunki zmian; Bezpieczeństwo szczepień; Szczepienia w chorobach przewlekłych*. Uwaga: Po raz pierwszy uczestnicy otrzymają materiały naukowe w pełnych wydaniach dwóch czasopism: „Standardów Medycznych” i „Zakażeń”. Oplata za udział 100 zł. Wpłata na konto: Zychora-Lipke Małgorzata, ul. Pińczowska 2, 04-925 Warszawa Bank Zachodni WBK SA 33 10901753 0000 0000 7403 0966 z dopiskiem „Szczepienia Ochronne”. **Uwaga!**

dokończenie na str. 41

Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o.

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



Diagnostyka obrazowa Głowa i szyja. Przypadki kliniczne David M. Yousem, Ana Carolina B.S. da Motta Case Review Series

red. wyd. I pol. Jerzy Walecki
Wrocław 2009, str. 382

W serii Case Review ukażą się: *Pediatrica* – R.J. Ward, H. Balickman; *Układ Moczowo-płciowy* – R. J. Zagoria, W. W. Mayo-Smith, J. R. Fielding; *Choroby kręgosłupa* – B. C. Bowen, A. Rivera, E. Saraf-Lavi. Książki z tej serii przeznaczone są dla rezydentów, lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego, wykładowców i praktykujących radiologów.



Anestezjologia Alan R. Aitkenhead, Graham Smith, David J. Rowbotham

red. wyd. I pol. Andrzej Kübler
Wrocław 2008. T. 1 i 2, str. 887

Nowe wydanie podręcznika Aitkenheada z 2007 r., jednego z dwóch podstawowych, na których oparty jest testowy egzamin E&A. Podręcznik wzbogacono o wiele rozdziałów dotyczących nauk podstawowych.



EKG w stanach nagłych

Hein J.J. Wellens, Mary Conover
red. wyd. I pol. Piotr Ponikowski, Artur Fuglewicz
Wrocław 2009, str. 264

Przykłady trudnych, nietypowych zapisów EKG i wyjaśnienia wielu elektrofizjologicznych zawiłości. Przydatny dla lekarzy oddziałów internistycznych, szpitalnych oddziałów ratunkowych i karettek pogotowia.



RTG jamy brzusznej

James D. Begg
red. wyd. I pol. Tomasz Sozański
seria: *To proste*
Wrocław 2009, str. 230

Szczegółowa wiedza teoretyczna i praktyczna nt. badań radiologicznych jamy brzusznej. W zrozumiały sposób przedstawiono zasady interpretacji zdjęć rentgenowskich ze szczególnym zwróceniem uwagi na błędy przy ich ocenie. Aktualna wiedza nt. roli tradycyjnych zdjęć i nowoczesnych technik jak USG, TK, MR.



Chirurgia jaskry

Teresa C. Chen
red. wyd. I pol. Maria Hanna Niżankowska
seria: *Techniki Chirurgiczne w Okulistyce*
red. serii: F. Hampton, Roy Larry Benjamin
Wrocław 2008, str. 308

Celem serii jest pomoc w opanowaniu teoretycznych aspektów technik chirurgicznych, dostarczenie praktycznych wskazówek przydatnych na sali operacyjnej. Autorami są chirurdzy z różnych krajów mający wieloletnie doświadczenie jako operatorzy i nauczyciele.



Angielski dla pielęgniarek Jak podjąć pracę w Wielkiej Brytanii i przetrwać Joy Parkinson, Chris Brooker

red. wyd. I pol. Marta Piaszczyk
Everyday English for International Nurses
Wrocław 2008, str. 250

Pierwsze trzy rozdziały zawierają informacje nt. pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii, kształcenia pielęgniarzkiego, organizacji związków zawodowych, rejestracji jako pielęgniarka, programów adaptacyjnych i rozwoju kariery oraz struktury Państwowej Służby Zdrowia i Opieki Społecznej. Rozdział 4 podaje sposoby prowadzenia dokumentacji pielęgniarzkiej. Rozdział 5 dotyczy komunikacji w pielęgniarstwie (wywiad z pacjentem, przykłady dialogów z pacjentami,

ich krewnymi i w innych sytuacjach). Rozdział 6 i 7 – potoczny język mówiony. Rozdziały 8-10 zawierają listy skrótów używanych w pielęgniarstwie, użyteczne adresy i źródła internetowe oraz wykaz stosowanych jednostek miary. Załączono wykaz lektur.

MediPage Sp. z o.o.

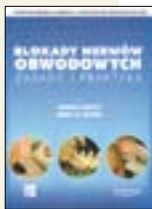
02-549 Warszawa, ul. Bruna 12/20, tel./faks 022-646-41-50,
www.mediapage.pl, redakcja@mediapage.pl

Blokady nerwów obwodowych

Zasady i praktyka

Admir Hadžić, MD, PHD, Jerry D. Vloka, MD, PHD
Nowojorska Szkoła Anestezjologii Regionalnej
red. naukowy wyd. pol. prof. dr hab. n. med. Leon Drobnik
Warszawa 2008, str. 368

Bogato ilustrowany podręcznik zawierający aktualną wiedzę z zakresu technik blokad nerwów. Ponad 170 kolorowych zdjęć klinicznych i schematów. Praktyczne wskazówki do wykonania większości głównych blokad nerwowych. Wymieniono najistotniejsze cechy każdej blokady (wskazania, punkty orientacyjne, wyposażenie, wybór źródła znieczulającego miejscowo, poziom trudności wykonania blokady). Osobny rozdział poświęcono ogólnym wytycznym dotyczącym doboru odpowiedniej techniki.

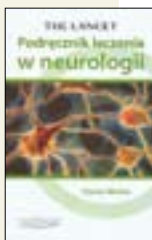


Podręcznik leczenia w neurologii

red. Charles Warlow. *The Lancet*

red. naukowy wyd. pol. prof. dr hab. Wojciech Kozubski
Warszawa 2008, str. 486

Książka służy jako pomoc do szybkiego wyszukiwania informacji w leczeniu chorych w przychodni lub na oddziale. Omówiono dolegliwości i zaburzenia często i rzadko spotykane, z którymi mają do czynienia neurologi. Każdy rozdział zawiera szczegółowy opis metod leczenia. Szczegółowe tabele leków i ich dawkowanie.



Kroki ku samodzielności

Poradnik dzień po dniu jak nauczyć dzieci specjalnej troski

Bruce L. Baker, Alan J. Brightman i inni
wyd. pol. pod red. naukową prof. Ireny Obuchowskiej
Warszawa 2008, str. 388

Poradnik dla rodziców prezentuje strategie nauczania praktycznych umiejętności życiowych i niezbędnej samodzielności dzieci od lat trzech do początków dojrzewania. Rozpoczyna od przeglądu metod edukacyjnych, następnie omawia „krok po kroku” siedem rodzajów umiejętności, jakich mamy nauczyć dziecko. Oparty na 30-letnim doświadczeniu pracy z rodzicami, zabarwiony humorem, opatrzonego rysunkami.



Wydawnictwo Via Medica

80-180 Gdańsk, ul. Świętokrzyska 73,
tel. 058-320-94-94, faks 058-320-94-60,
e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl,

Od badań klinicznych do wytycznych

Ostre zespoły wieńcowe bez uniesienia odcinka ST

pod red. Mariusza Gąsiora, Lecha Polońskiego
i Grzegorza Opolskiego
Gdańsk 2008, str. 260

Publikacja oparta na najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Rozszerzono grono autorów o zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wdrożenie wytycznych do codziennej praktyki pozwala uniknąć pomyłek diagnostycznych i terapeutycznych.

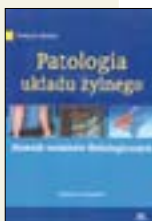


Patologia układu żylnego

Słownik terminów flebologicznych François Becker

wyd. II rozszerzone. Gdańsk 2008, str. 148

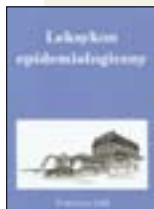
Słownik oparty na informacjach pochodzących z literatury specjalistycznej, stanowi dla klinicysty klucz do wielu terminów i pojęć z zakresu chorób naczyń. Dobór terminów odzwierciedla stopień rozpowszechnienia opisywanych zaburzeń, doświadczenie kliniczne i wiedzę na ich



temat oraz najczęściej zgłaszane przez pacjentów dolegliwości. Książka łączy informacje dotyczące chorób układu żylnego i układu limfatycznego z uwzględnieniem ich aspektów anatomicznych, klinicznych i terapeutycznych.

Wydawnictwo Medyczne alfa-medica Press

43-309 Bielsko-Biała, ul. Cygański Las 11, tel. 033-816-90-79,
tel./faks 033-828-13-72, e-mail: zamowienia@alfamedica.pl, www.alfamedica.pl



Leksykon epidemiologiczny

red. dr hab. Jerzy Bzdęga, prof. dr hab. Wiesław Magdzik,
prof. dr hab. Danuta Naruszewicz-Lesiuk,
prof. dr hab. Andrzej Zieliński
Pamięć prof. Jana Kostrzewskiego w 90-lecie PZH
str. 110, cena 20 zł

Zestaw definicji, nazw i epidemiologicznych terminów merytorycznych. Pominęto terminy o charakterze technicznym. Uwzględniono hasła z dziedziny epidemiologii wojskowej i bioterroryzmu. Zamieszczono też najnowsze określenia w j. angielskim, które funkcjonują w Polsce, zbiór skrótów i skrótowców oraz biogramy wybranych osób zasłużonych w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych.



Pokonać depresję i stan obniżonego nastroju

Technika pięciu pól

Pokażemy ci, jak możesz pomóc sobie sam

Dr Chris Williams
Warszawa 2008, str. 292, cena 24 zł

Stanowiące odrębną całość rozdziały mające pomóc osobom cierpiącym na depresję lub obniżony nastrój. Wykorzystano metody terapii kognitywno-behawioralnej. Praktyczne informacje i sposoby opanowania istotnych życiowych umiejętności pomagających poprawić samopoczucie. Osobny rozdział dla członków rodziny i przyjaciół rodziny, w którym omówiono sposoby skutecznej pomocy i wsparcia.

Ponadto nadesłano:



Standardy bioetyczne w prawie europejskim

Monografie

Maja Grzymkowska

Warszawa 2009, **Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska**, Księgarnia firmowa 01-231 Warszawa, ul. Płocka 5A (wejście od ul. Ludwika). Tel. 022-535-80-72, 022-535-81-72, www.wolterskluwer.pl, Księgarnia internetowa 022-535-80-78, e-mail: profinfo@wolterskluwer.pl, www.profinfo.pl, str. 340, cena 69 zł.

Standardy europejskie w zakresie biomedycyny. W związku z kontrowersyjnością tematów takich jak badania na embrionach, wykorzystanie genetyki, aborcja, eutanazja i dużymi różnicami w standardach wewnętrznych państw europejskich, autorka szuka odpowiedzi na pytanie w jakim zakresie można mówić o wspólnym standardzie europejskim. Podejmuje próbę obiektywnej analizy stanu prawnego w Europie nie oceniając standardów prawnych z perspektywy jakiejś określonej opcji etycznej.



Byłem w Getyndze

Jan Pietruski

nakładem własnym, Białystok 2008

Doktor Pietruski, otolaryngolog, szereg lat pracował w AM w Białymstoku. Jest autorem kilku książek, kilkuset prac naukowych, laureatem kilku nagród naukowych, m. in. honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, członkiem UPPL i członkiem honorowym Światowej Unii Lekarzy Pisarzy. Książka jest autorską relacją ze stażu naukowego w Getyndze, na szerokim tle obyczajowym RFN przed zjednoczeniem, w okresie stanu wojennego w Polsce.

Uwaga! Omyłkowo znalazła się informacja o dołączonej płycie CD-R w notce do książki Marka Pietrygi i Jacka Brązerta „Praktyczna ultrasonografia dopplerowska w położnictwie” – opublikowanej w „GL” nr 1/2009 na str. 43. Za pomyłkę przepraszam.

md

dokończenie ze str. 39

zmiana miejsca obrad: Centrum Konferencyjno-Kongresowe, Prywatna Wyższa Szkoła Biznesu i Administracji, ul. Bobrowiecka 9, Warszawa (dojazd w kierunku mostu Siekierkowskiego, autobusem 119 z Dworca Centralnego). Prosimy o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa. Kontakt: prof. dr hab.med. Ewa Bernatowska Oddział Immunologii, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii IP-CZD, Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa, tel. 815-73-84, 815-73-85, e-mail: oddzial.immunologia@czd.pl

• **23.04., 25.06., 17.09., 29.10., 10.12.** Kraków. OIM abc MED. Sp. z o.o. Szkolenia doskonalące dla lekarzy i osób wykonujących badania spirometryczne: **Spirometria w praktyce**. Informacje: e-mail: biuro@abcmcd.pl, tel./faks: 012-637-31-82, www.abcmcd.pl

• **24.04., 26.06., 18.09., 12.11., 11.12.** Kraków; • **5.06.** Warszawa; • **6.10.** Bydgoszcz. OIM abcMED i Zakład Aerozoologii i Bioinżynierii Aerozoli MEDINET. Warsztaty dla lekarzy i osób wykonujących **inhalacje lecznicze i diagnostyczne: Optymalizacja leczenia inhalacyjnego**. Informacje: e-mail: biuro@abcmcd.pl, tel./faks: 012-637-31-82, www.abcmcd.pl

• **24.04.** Kazimierz Dolny. UM w Lublinie organizuje II Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową: **Zakażenia układu oddechowego – postępy w diagnostyce i leczeniu**. Informacje i formularz zgłoszeniowy: www.umlub.pl w zakładce „Kalendarz imprez”; Katedra Mikrobiologii Lekarskiej UM w Lublinie, tel./faks 081-742-37-81, e-mail: mikrobiologia@yahoo.pl

• **25.04.** Ciechocinek. Klinika **Stomatologii Wieku Rozwojowego** UM w Łodzi i Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, pod patr. Kujawsko-Pomorskiej OIL organizują szkolenie: **Leczenie endodontyczne zębów mlecznych i stałych w wieku rozwojowym**. Informacje i zgłoszenia: www.stomatologia.edu.pl, tel. 054-231-51-57, 0694-724-871.

• **8.05.** Warszawa, siedziba CMKP, ul. Marymoncka 99/103, sala granatowa. Klinika **Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych** CMKP i Studium Medycyny Rodzinnej CMKP zapraszają na konferencję: **Wybrane problemy internistyczne w praktyce lekarza rodzinnego – postępy w leczeniu**. Kurs doskonalący, bezpłatny, pkt. edukac., materiały szkoleniowe. Informacje i zgłoszenia: Studium Medycyny Rodzinnej CMKP, ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, tel. 022-5693-871; 872, faks 022-5693-879, e-mail: smr@cmkp.edu.pl

opr. u

u.bakowska@gazetalekarska.pl

Posiedzenia Sekcji Historycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

24.04.br. (piątek), godz. 11.30 – **prof. dr Jerzy Szapiro** „Z historii powstania i rozwoju neurochirurgii”, wykład inauguracyjny z 1965 r. w AM w Łodzi; „Opowieść o badaniach bardzo ważnego pacjenta”

29.05.br. (piątek), godz. 11.30 – **prof. dr Jerzy Woy-Wojciechowski** „Jan Paweł II i medycyna”

19.06.br. (piątek), godz. 11.30 – **prof. dr Ewa Bartnik**, Wydział Biologii Instytutu Genetyki i Biotechnologii UW „Genetyka od Mendla do dnia dzisiejszego”

Posiedzenia odbędą się w Klubie Lekarza TLW przy ul. Raszyńskiej 54 (niedaleko Pomnika Lotnika). Wprowadzeni goście są mile widziani.

mgr Hanna Bojczuk

sekretarz Sekcji Historycznej

lekarz Jan Bohdan Gliński

przewodniczący Sekcji Historycznej